

聞き取りシート

※ウェブ予約を利用される方は記載していただく必要はありません。

届出日	
-----	--

① 亡くなられた方の情報

氏名	
フリガナ	
性別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
国籍	日本国籍 ・ 日本国籍以外
郵便番号	
住所	
亡くなられた日	R 年 月 日
葬儀の日	R 年 月 日
【国民健康保険】 記号番号	
【後期高齢者医療制度】 被保険者番号	
【介護保険】 被保険者番号	
【精神障害者保健福祉手帳】 手帳番号	
世帯主氏名	
世帯主からみた続柄	
死亡時単身世帯	<input type="checkbox"/> (該当の場合にチェック)
配偶者の有無	有 ・ 無

②届出される方

氏名	
フリガナ	
<u>故人からみた続柄</u>	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
郵便番号	
住所	
電話番号	

③世帯主変更の場合

新世帯主氏名	
フリガナ	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日

④相続人代表の方（保険料等還付金や納付について相続人を代表していただく方）

「②届出される方」と同じ（記入不要）

氏名	
<u>故人からみた続柄</u>	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
郵便番号	
住所	
電話番号	

⑤ 喪主の方（葬祭費の申請者）

（※亡くなられた方が国民健康保険・後期高齢者医療制度に加入していた場合）

「②届出される方」と同じ（記入不要） 「④相続人代表の方」と同じ（記入不要）

氏名	
故人から見た続柄	
郵便番号	
住所	
電話番号	

⑥【必要な方のみ記入】書類の送付先を設定する場合

（※亡くなられた方が国民健康保険・後期高齢者医療制度・介護保険の被保険者本人であった場合）

「②届出される方」と同じ（記入不要） 「④相続人代表の方」と同じ（記入不要）

「⑤喪主の方」と同じ（記入不要）

氏名	
フリガナ	
故人からみた続柄	
郵便番号	
住所	
電話番号	