

様式第 1 号（第 4 条関係）

東海村介護保険事業における死者の介護保険情報提供申出書

年 月 日

東海村長 様

東海村介護保険事業における死者の介護保険情報の提供に関する要綱第 4 条の規定により，貴村が保有する死者の介護保険情報の提供について，当該情報の対象者との関係が明らかにできる書類を添えて，次のとおり申し出ます。

申出に係る 介護保険情 報の対象者 (死者)	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	ふり がな 氏 名			
	死亡した時点 の住所	〒		
申出者	ふり がな 氏 名		☐ 遺族（続柄： ） ☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人	
	住所又は居所	☐ 被保険者本人と同じ 〒		
	電話番号	() 自宅・職場・携帯・その他 ()		
提供を求め る介護保険 情報の内容	☐ 認定調査票（特記事項） ☐ 認定情報 ☐ 要介護認定等の結果 ☐ 主治医意見書 ☐ 介護サービスの利用状況等の記録 ☐ 介護保険料の賦課及び徴収等の記録 ☐ その他 ()			
提供を求め る期間	年 月から 年 月まで			
使用目的	☐ 相続に係る手続 ☐ 生命保険等の手続 ☐ その他 ()			
遵守事項	①使用目的から逸脱した使用を行わないこと。 ②提供を受けた介護保険情報を厳重に管理し，紛失し，又は破損しないよう適切な保管に努めるとともに，不要になったときは速やかに破棄すること。 ③村から返還を求められた場合，これに応じること。（廃棄後の場合を除く。） ☐ 以上，同意します。			

< 事務局確認欄 >

処理 経過 過程 欄	受 付 印	確認書類
		< 遺 族 確 認 書 類 > ☐ 死者との関係を証する書類（戸籍謄本等） ☐ 遺族の身分証明書類 < 代理人確認書類 > ☐ 死者と遺族との関係を証する書類（戸籍謄本等） ☐ 法定代理人としての身分を証する書類 （登記事項証明書等）（法定代理人のみ） ☐ 委任状（任意代理人のみ） ☐ 代理人本人であることを確認する身分証明書類
	提供日	
	/ /	