

受付印(市役所使用)

介護保険料過誤納金還付口座振込依頼書 兼  
後期高齢者医療保険料過誤納金還付口座振込依頼書

香川県さぬき市会計管理者 殿

過誤納金が発生した場合のみに、下記の口座に保険料過誤納金の振込みを依頼します。

平成 年 月 日

記

被保険者名		介護被保険者番号	
		後期被保険者番号	

◎届出者欄

住 所	〒		
氏 名	(フリガナ)		続柄
	⑩		
電話番号※			

◎振込口座欄 ※

金融機関コード					いずれかに○	店番号					いずれかに○
					銀行 農協 信漁連 信用組合 信金・労金						本店 本所 支店 支所 出張所
預貯金種別 いずれかに○	普通 当座	口座番号									
口座名義人	(フリガナ)		続柄								

※ 電話番号（届出者欄）は、必ず記入してください。

※ 届出人以外の口座でもかまいませんが、貯蓄預貯金でない口座を記入してください。

（注意） この依頼書は、過誤納金が発生した場合のみに使用いたしますので、ご了承ください。