

〒

様

受付印(市役所使用)

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

下記の口座に後期高齢者医療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		被保険者番号	
-------	--	--------	--

◎届出者欄

住所			
氏名	印	続柄	
電話番号※			

◎振込口座欄

金融機関名	銀行 農協 信漁連 信用組合 信用金庫 労働金庫				本店 本所 支店 支所 出張所			
	金融機関コード				店舗コード			
預金種別 いずれかに○	普通預金	当座預金	口座番号					
口座名義人	(フリガナ)							

※ 電話番号（届出者欄）は、連絡のとれる番号を記入していただくと助かります。

※ 介護保険料に還付金が発生した場合についても、この情報を使用させていただきます。