

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。

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 |
| 電話番号※ | 印 | |

◎振込口座欄 *

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 金融機関コード | 店番号 |
| 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。