

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※			

◎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。