還付金請求書(兼)口座振込依頼書

後期高齢者医療保険料還付金（過誤納金）を下記の指定口座へ振り込んでください。

年　　月　　日

郵便番号　　－

住　所

申請者　氏　名　　印

電　話　　（　　）

被保険者との関係（番号に○を付けてください。）

1　本　人

2　同居の親族（続柄　　）

3　別居の親族（続柄　　）

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	性別	男　・　女

金融機関名	銀　行 信用金庫 信用組合 農　協			本店・支店・出張所 本所　・　支所
	銀行コード	支店コード	預　金　種　別	口　座　番　号
			1：普通　2：当座	
名義人	フ　リ　ガ　ナ			
	氏　名			