

## 還付金請求書(兼)口座振込依頼書

被保険者

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	

振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合							本店 支店 出張所
	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							

高岡市長 あて

後期高齢者医療保険料過誤納還付金を上記の指定口座へ振り込んでください。

なお、振込先口座が申請者の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

また、被保険者が死亡している場合には死亡した被保険者に係る後期高齢者医療保険料過誤納還付金の請求及び受領に関する一切を相続人を代表して行うことを申し立て、その責任の全てを負うことを誓約します。

令和 年 月 日

〒

申立者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

続柄 本人・配偶者・子・その他 ( ) \_\_\_\_\_