

還付金請求書(兼)口座振込依頼書

被保険者

被保険者氏名	高岡 太郎	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
生年月日	明治・大正 昭和 20年 1月 1日	性別	男 ・ 女							

振込先口座

金融機関名	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 北陸 <div style="text-align: center;"> 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 </div> 高岡 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 本店 支店 出張所 </div>									
	銀行コード	支店コード	預金種別	口座番号						
	0 1 4 4	2 0 1	1: 普通 2: 当座	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	フリガナ									
氏名	高岡 太郎									

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

〒 933-0086

申立者 住所 高岡市広小路7番50

氏名 高岡 太郎

電話 0766 (〇〇) 〇〇〇〇

続柄 本人・配偶者 ・子・その他 ()

●申請者は被保険者を記入してください。

被保険者が亡くなっている場合は、相続人を記入してください。

※相続人とは、法定相続人になります。

法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなっている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹（亡くなっている場合はその子）になります。