

後期高齢者医療（介護）保険料還付申出書

氷見市長 あて

下記の被保険者について、後期高齢医療（介護）保険料の過払いがありましたので、過払い分を下記の口座に振込していただきますよう申請します。

☐ 介護保険の還付は、別に請求する。（この場合は左にチェックして下さい）

		申出年月日		年		月		日	
後期被保険者番号									
介護被保険者番号									
被 保 険 者	住 所 (転 出 前)	〒 -							
	電 話 番 号	() -							
	フリガナ								
	氏 名								
振 替 口 座	金 融 機 関	銀行・信用金庫 農 協・信漁連				本店・支店 本所・支所			
	預 金 種 目	普 通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄							
	口 座 番 号								
	フリガナ								
	口座名義人								

◆ 以下は、被保険者が死亡されている場合のみご記入ください。

この場合、上記被保険者欄の印は必要ありません。

死亡年月日	年		月		日	
私は、相続人代表とし申請および受理を行います。なお、このことにつき、他の相続人等から問題が生じたときは、当方で解決いたします。 〒 - 住 所 相続人代表 (届出人) 続 柄 配偶者・子・その他 () 電 話 番 号 () -						