

後期高齢者医療保険料 過誤納金還付請求書

被 保 険 者	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ							生年月日	年	月	日
	氏名							性別	男	・	女
	これまでの住所	〒									
		電話番号 ()									
転出先の住所	〒										
	電話番号 ()										

時津町長 様

上記被保険者に係る後期高齢者医療保険料過誤納金の還付については、下記の口座に振り込んでください。

請 求 者	氏名					続柄	
	住所	〒					電話番号
振 込 先 口 座	金融機関名			銀行 信用組合 農協	支店名	本店・支店 出張所	
	種目	普通 当座 その他	口座番号				
	フリガナ	-----					
	口座名義人						

- 注意 1 請求者は基本的に、被保険者死亡の場合は、年金の未支給請求者と同一人、転出等の場合は、被保険者本人となります。
- 2 精算後、未納がある場合は、納付書を発送することがあります。
- 3 特別徴収の場合は、日本年金機構等との確認に時間を要しますので、あらかじめご了承ください。
- 4 還付決定後は、請求者へ通知します。

<p>委任状</p> <p>代理人(来られる人) 住所</p> <p>氏名</p> <p>私は、上記の者を代理人と定め、上記の後期高齢者医療保険料に係る過誤納金還付の請求及び受領に関する権限を委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>委任者(頼む人) 氏名</p>
--