

後期高齢者医療保険料還付依頼書

平戸市会計管理者様

後期高齢者医療保険料の還付金については、下記の方法で還付されるよう依頼します。

令和 年 月 日

〒
依頼者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

被保険者番号

被保険者氏名

振込先口座情報

金融機関

銀行 協同組合
信用金庫
信用組合

本店 出張所
支店 営業部
支所

預金種目

口座番号(右詰でご記入ください)

フリガナ

普通 ・ 当座

口座名義人

※被保険者の方と上記振込口座の名義人の方が異なる場合は必ずご記入ください。

< 委任状 >

私は、平戸市から受領する後期高齢者医療保険料還付金について、一切の権限を下記の者に委任します。

令和 年 月 日

委任者(被保険者) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

〒
受任者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____

連絡先番号 _____

※平戸市使用欄※

個人CD

入力確認