

令和 年 月 日

後期高齢者医療保険料還付口座振替依頼書

津山市会計管理者 殿

被保険者番号 12345678

被保険者氏名 広域 太郎

申請者 〒000-0000

住所 ○○県○○市○○町○○番地

氏名 広域 太郎 (本人死亡の場合は相続人代表者の氏名) (印)

電話番号 000-000-0000

※申請者と口座名義人が同じ場合は、押印は省略できます。

・希望する振込口座を記入してください

振込先	銀行	岡山	本店・支店	預金種別	普通										
	信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()		出張所 ()		当座 貯蓄 ()										
口座番号 (左詰め)	1	2	3	4	5	6	7								
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ		タ	ロ	ウ							

○口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

○申請者又は振込先が後見人・保佐人・補助人である場合、それがわかるものの添付(コピーで構いません)が必要です。
後見人である場合…登記事項証明書
保佐人・補助人である場合…登記事項証明書及び代理行為目録

※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。

後期高齢者医療保険料還付金受領に関する権限を、下記代理人に委任します。

委任状

申請者 住所

氏名

(印)

上記申請者と同じ印

代理人 住所

氏名

◎振込できる金融機関は、全国の金融機関となっています。

◎保険料の還付金が発生した場合に依頼口座に振込いたします。振込時期は未定ですがご了承ください。