

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

被保険者氏名

申請者 氏

住所

氏名

印

電話番号

※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 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ( )	本店・支店 出張所 ( )						預金種別 ( )	普通 当座 貯蓄 ( )
口座番号 (左詰め)									
口座名義人 (カタカナ)									

○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

委任状	※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。	
	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。