

介護・後期高齢者医療保険料還付、高額介護サービス費、償還払等口座払込依頼書

被保険者番号	介護				後期高齢者医療				
被保険者住所	南知多町大字								
被保険者氏名	(姓)			(名)			生年 月日	大正 昭和	年 月 日
	資格喪失等事由 死亡( 月 日)・ 転出( 月 日)・ その他( )								
資格喪失等年月日	令和 年 月 日								

令和 年 月 日

南知多町長 様

上記の者の介護・後期高齢者医療保険料につき過誤納金が生じた場合や、高額介護サービス費等がある場合には、下記の口座へ払い込みしてください。

(被保険者死亡の場合：相続人)

上記の者の介護・後期高齢者医療保険料につき過誤納金が生じた場合は、相続人である私が受領します。また、不足額がある場合には、私へ請求してください。

私は、遺産分割の時まで責任をもってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理し、南知多町には一切迷惑をかけないことを誓約します。

申請者

郵便番号			-					☎	( )	-
住所	南知多町大字									
氏名	(姓)				(名)				続柄	

金融機関名	<input type="checkbox"/> あいち知多農協 <input type="checkbox"/> 知多信用金庫 <input type="checkbox"/> 愛知県信漁連 <input type="checkbox"/> 中京銀行 <input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 <input type="checkbox"/> その他 ( )				支店 出張所					
口座番号					預金 種目	1 普通 (総合) 2 当座				
記号・番号 (ゆうちょ銀行の場合)					-					
口座名義人 (カタカナ)	(姓 カナ)			(名 カナ)			※申請者以外に振込を希望される場合は、委任状(様式は任意)を添付してください。			

※ゆうちょ銀行の口座の場合、通帳の記号・番号が記載されているページの写しを添付してください。

サービスセンター受付印	健康介護課受付印	保険年金室受付印