**還付先口座申込書（後期高齢者医療保険料）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

被保険者氏名

生年月日　　明治　・　大正　・　昭和　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日

住所　　〒

電話番号

※被保険者がお亡くなりになられている場合は、相続人代表者へ還付します。相続人代表者の宛名・送付先等を記入してください。

＜相続人代表者＞

宛名

送付先住所　　〒

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄

金融機関名　　　　　　　　　　　　　銀行　・　信用金庫　・　信用組合　・　農協

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店

預金種目　　　　　普通　　・　　当座　　　・　　　貯蓄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

口座名義人　フリガナ

　　　　　　　　氏　　名

※還付者名義以外の口座へ振込みを希望する場合は、裏面の委任状も記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※市記入欄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付印   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 還付番号 | 口座入力日 | 宛名入力日 | 広域入力日 | 入力確認者 | 二重確認者 | |  |  |  |  |  |  | |

委　　任　　状

**代理人**

住所　〒

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険料還付金の受領に

関する権限を委任します。

　　　年　　　月　　　日

**委任者**

住所　　〒

氏名

生年月日　　明治　・　大正　・　昭和　　　　年　　　　月　　　　日

電話番号