

## 後期高齢者医療保険料還付金振込依頼書

被保険者氏名		被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日			
住 所				
還付理由		異動年月日	年 月 日	
<p>前 橋 市 長 宛</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>後期高齢者医療保険料を下記のとおり請求します。</p> <p>なお、被保険者が死亡の場合は、相続人(親族)を代表して還付金を受領します。保険料の受給について他の相続人と問題が生じても、相続人内にて解決します。</p> <p>住 所</p> <hr/> <p>氏 名 (続柄: ) 電話番号</p> <hr/> <p>還付保険料は下記の口座に振り込んでください。</p>				
振込先	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 出張所 支 所	預金種目	口 座 番 号
			1 普通 2 当座	
口 座	フリガナ			
	口座名義人			

### 《注意事項》

- ・ 振込先口座は、記載間違いの無いよう再確認するとともにはっきりとお書きください。
- ・ 被保険者名義の口座をご記入ください。(市外転出及び資格撤回等の場合)
- ・ 被保険者が死亡している場合は、相続人(親族)名義の口座をご記入ください。
- ・ 後期高齢者医療保険料の未納がある場合は、還付できないことがあります。
- ・ 振込先口座が無い場合は、国民健康保険課 医療給付係(保険料担当)へご連絡ください。
- ・ 貯蓄口座には振り込み出来ませんので、ご了承ください。