

後期高齢者医療保険料還付金受給届書

令和 年 月 日

(宛先) 柳井市長

(〒)

住 所

氏 名

(電話 - -)

(続柄)

(被保険者)

亡 (氏名) の後期高齢者医療保険料の

(生年月日) 明・大・昭 年 月 日

過誤納金の還付については、下記の金融機関の私の口座に振り込んでください。

記

金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農業協同組合										本店・支店 本所・支所 出張所	
預金種別	1 普通	2 当座	3 その他	口座番号								
口 座 義 人 名	(カタカナで記入すること)											

※ 「金融機関名」欄は、名称を記入の上、該当するものを○で囲むこと。

被保険者番号