

後期高齢者医療・介護保険料過誤納還付口座登録申請書兼請求書

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

○振込先金融機関

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所 ()	預金種別	普通 座 ()
口座番号 (左詰め)				
口座名義人 (カタカナ)				

大淀町長 様

上記のとおり過誤納が生じた場合の口座を登録致します。

請求者

〒 —

住 所

(フリガナ)

氏 名
_____被保険者との続柄 ()
_____電話番号 — —
