

後期高齢者医療保険料還付請求書

特徴・普徴

① 被保険者名	被保険者番号										保険者番号	3	9	2	9	3	6	3	4
	(フリガナ)										生年月日	大正・昭和							
	氏名											年 月 日							
	還付事由	① 死亡 2. 転出 3. その他()									還付事由発生年月日				年 月 日				

② 請求者	(フリガナ)											被保険者との続柄	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他()					
	氏名																	
	住所	〒 -																
	電話番号	()																
	支払い方法 口座振替	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()						支店名	本店 支店 出張所		預金種別	普通座 ()					
	口座番号									名義人 (カタカナ)								
令和 年 月 日																		
上記のとおり後期高齢者医療保険料の還付を請求します。																		
田原本町長 殿																		

私は、	を代理人と定め、この請求書により還付される保険料の受領を委任																	
します。																		
令和 年 月 日	被保険者住所																	
	(請求者) 氏名										印							

※ 還 付 金 決 定 額 内 訳 表												
保 險 期 間						納付すべき保険料	納付済保険料額	過誤納金額	還付金決定額			
自			至			(円)	(円)	(円)	(円)			
	年		月			年		月				

網掛けの中は記載不要です。
年金の支給月並びに相続人の有無により、還付金の全部もしくは一部を年金保険者に返還する場合があります。