過誤納還付金の口座振込依頼書

令和　　年　　月　　日

木更津市長　渡　辺　芳　邦　　様

（相続人代表）

住　　所

氏　　名

被保険者との続柄

電話番号

私は、＿＿＿＿＿＿（被保険者番号　　）の死亡に伴い、相続人代表として後期高齢者医療保険料の過誤納金があった場合の還付口座をお届けします。

なお、他の相続人に対しましては、私が責任を持って異議のないように処置いたします。

１　還付先口座（いずれかに○をつけてください）

(1)　別添「葬祭費支給申請書」に記載した口座

(2)　別添「高額療養費支給申請書」に記載した口座

(3)　下記に記載した口座

還付口座																	
金融機関名								種　別			普 ・ 当 ・ その他（　　）						
支店名								口座番号									
口座名義人（カナ）																	