

保険料等還付先連絡票

売木村長様

納入者 _____ の国民健康保険税、後期高齢者医療制度保険料、介護保険料について、還付金が生じた場合は下記の口座へ還付してください。

令和 年 月 日

氏名 _____ ⑩

還付金振込先

| | | | |
|-------|------------|-----|--|
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |
| 銀行名 | | 支店名 | |
| 口座種類 | 普通 当座 | | |
| 口座番号 | | | |
| 連絡先 | 自宅 携帯電話 | | |

※連絡先はどちらかを記入してください。