

# 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。