

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

相続人代表者氏名 _____ ⑩

還付金受取人

住 所	
氏 名	
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。

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			