

様

珠洲市役所 市民課 医療保険・年金係

後期高齢者医療保険料の還付について

このことについて、下記理由により後期高齢者医療保険料を還付することになりました。

つきましては、本人又は親族の方の金融機関、口座名等を記入のうえ、_____年
月_____日までに、請求していただきたくご案内いたします。

記

◎ 納付義務者 _____ 様

(理由: 転出 ・ 死亡 ・ その他 ・ 軽減措置による)

還付区分 特別徴収(年金より天引き) 第_____期分 _____円

普通徴収(納付書で直接納付) 第_____期分 _____円

事務担当
珠洲市役所 市民課 医療保険・年金係
(後期高齢者医療) TEL 0768-82-7744

切り取り線

請 求 書

令和 年 月 日

珠洲市長 あて

住 所 _____

氏 名 _____

(納付義務者との続柄)
(納付義務者 _____ 様)

後期高齢者医療保険料の還付金を請求いたします。今後、上記納付義務者に係る還付請求については、今回請求した指定口座に振り込み願います。

(口座名義人フガナ) _____ (_____)

○ 名義人 _____

銀行 本店

信金 支店

○ 金融機関名 _____ 農協 代理店

○ 口座番号 _____ (普・当)