国民健康保険料 還付金口座振替依頼書

※太枠内のみを記入してください。

四国中央市長　宛

令和　　年　　月　　日

		世帯主 （納付義務者）	依頼主 （※世帯主死亡の場合はこちらにも記入）
住所			□四国中央市 □同左
氏名			
電話番号	自宅	□0896　　－	□0896　　－
	携帯	－　　－	－　　－

国民健康保険料還付金を下記口座に振り込み依頼します。

口座名義人																								
	住所	□四国中央市 □同上																						
	フリガナ （※必ず記入）																					納付義務者との続柄		
	氏名																					□本人		
	金融機関	銀行・農協 信金・労金										本店・支店 支所・出張所										金融機関コード		
		預金種別	1．普通 2．当座				口座番号																	
	↕どちらか一方を記入してください（ゆうちょ銀行は下段へ記入してください）																							
	ゆうちょ銀行	記号	1				0	の	番号															

市使用欄

受付印

宛番　主　口

【お問い合わせ先】
〒７９９－０４９７
愛媛県四国中央市三島宮川４－６－５５
四国中央市役所
　国保医療課　国民健康保険係
　　０８９６－２８－６０２０