

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)	<死亡>依頼主 (※世帯主死亡の場合はこちらにも記入)
住所			<input type="checkbox"/> 四国中央市 <input type="checkbox"/> 同左
氏名		印	印
電話番号	自宅	<input type="checkbox"/> 0896 - -	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 四国中央市 <input type="checkbox"/> 同上											
	フリガナ (※必ず記入)												納付義務者との続柄
	氏名												<input type="checkbox"/> 本人
金融機関	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