

## 後期高齢者医療保険料過誤納金振込先届出書

令和 年 月 日

宇城市長 様

〒

住所 \_\_\_\_\_

届出者 氏名 \_\_\_\_\_

(相続人代表者) 続柄 \_\_\_\_\_

Tel ( ) \_\_\_\_\_

私は、相続人代表として、死亡した被保険者（被相続人）に係る保険料の還付金の受領を行うことを届け出ます。

なお、届出及び受領に関して、相続人間で異議が生じた場合は、他の相続人に対しては、私（届出者）が責任をもって処理します。

被保険者氏名（被相続人）

【 様分】 後期高齢者医療保険料過誤納金について、

次の口座へ振り込んでください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ( )	本店 支店 支所	預金種別	普通 当座 ( )
口座番号 (左詰記載してください)				
ゆうちょ銀行 記号・番号		通帳記号		通帳番号
(フリガナ)				
口座名義人				

※通帳をお持ちでない方は担当係にご相談ください。

職員記入欄

異動日	異動事由	通知書番号
年 月 日	1 死亡      2 重複納入 3 転出      4 保険料額変更 5 その他 ( )	