

令和 年 月 日

後 期 高 齢 者 医 療 保 険 料 還 付 金 請 求 書

多治見市長 様

次のとおり後期高齢者医療保険料の還付を請求します。
なお、本件について万一利害関係人から異議申し立てがあった場合、私（請求者）が責任をもって解決します。

請 求 額	円	期 別	年 月
-------	---	-----	----------

（請求者）

フリガナ 請求者氏名			
住 所	電 話		
続 柄	被保険者の（ ）		

（被保険者）

被保険者番号			
氏 名			
住 所			

（還付金の振込口座）

振込先 金融機関	銀 行 ・ 信用金庫		本店
	農 協 ・ 信用組合		支店
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(カナ) 口座名義人			