

★の欄を記入してください

介護保険料過誤納金還付請求書（口座振替払依頼書）

還付請求者（※本人、又は、代表承継人） ★ 年 月 日

★氏 名	氏 名
★住 所	☐ 被保険者住所と同じ場合に ☒ （連絡先のみ記入してください） 〒 ー 日中の連絡先 ー ー
★続 柄	1. 本人 2. 代表承継人（続柄： ）

下記の者に関する介護保険料過誤納金を還付請求しますと共に、
償還払給付等の振込指定口座の名義人が死亡した場合も下記口座へ振込み願います。

★被保険者番号			
★被保険者氏名			
★被保険者住所			
還 付 金 振 込 先	★金融機関	銀行・農協 金庫・信組	本店・支店 出張所
	★預金種別	1. 普通（総合） 2. 当座 3. その他（ ）	
	★口座番号		
	★ふりがな		
	★口座名義人	氏 名	
★今後の送付先		1. 被保険者の登録住所 2. 還付請求者の登録住所 （この欄は、被保険者住所と還付請求者住所が同じ場合、記入の必要はありません。）	
備 考		発 行 日 : 事 由 :	

★（代筆の場合記入してください）

私は、還付請求者からこの書類を作成すること（還付金振込先を含む）について、
同意を得ていることを誓約します。

代 筆 者 （還付請求者との続柄： ）

代筆者確認 書類の写し	1 点 ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ 在留カード ☐ パスポート ☐ その他() 2 点 ☐ 被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 各種年金証書 ☐ キャッシュカード等 ☐ 学生証 ☐ その他()
----------------	--