

市税・介護保険・後期高齢者医療関連の振込先依頼書

☐市税・保険料還付用

☐高額介護サービス費用

※該当するものにチェックを入れて下さい

年 月 日

下松市長 様

下記のとおりお支払いください。

請求者住所	〒					
フリガナ				電 話 番 号		
請求者氏名	被保険者との続柄 ()					
被保険者名			被 保 険 者 番 号	国保		
生年月日	年	月		日	後期	
異動日	年	月		日	介護	

振込口座をお間違えのないよう記入してください。

振 込 先 口 座	銀 行 等	金融機関名	銀行・農協 金庫・漁協						本店・支所 支店・出張所			
		預 金 種 別	普通・当座	店番号				口座番号				
	口座名義人	フリガナ							電 話 番 号			
		氏 名										

◎口座名義人が請求者以外の場合は続柄を記入してください。
この依頼書をもって口座名義人に対する受領委任状とみなします。

配偶者 ・ 子 ・ その他 ()

※ゆうちょ銀行（郵便局）への振込をご希望の場合は、振込用の店名・口座番号をゆうちょ銀行でご確認ください。

※還付又は高額介護サービス費の対象となる方がお亡くなりの場合、被保険者名の欄に対象者（死亡されている方）の氏名を記入してください。また口座名義人は代表相続人である必要があります。

下松市国民健康保険係 市役所1階⑧番窓口 までお持ちください(郵送可)

マイナンバーカードを使ったオンラインでの申請も可能です。 ⇒

