

介護保険料還付請求書

令和 年 月 日

住 所 〒

請求者

被保険者との続柄

電話番号 () -

被保険者番号 _____ 被保険者 _____ に対する過誤納のあった
介護保険料について請求します。

なお、還付金は下記金融機関口座に振り込むよう依頼します。

振 込 先

金融機関名	店 舗 名	種別		(加)
農協 銀行 組合 金庫	本店	普通	口座名義	
	支店	当座		
			口座番号	

※ゆうちょ銀行への振込みを希望される場合は、事前に、ご本人による
振込み用の店番・預金種別・口座番号・受取人カナ氏名のご確認が必要です。
確認方法については、ゆうちょ銀行にお問合わせください。

北広島町処理欄

受 領 日	未支給年金	口 座	備 考
	有・無		
	手続き	宛 名	
	有・無		