申立書 兼 還付振込依頼書

【国保・後期共通】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　□医療給付

下記の異動者にかかる国民健康保険　　　　　　　の支払い等が発生した

（後期高齢者） 　□税還付金（医療保険料還付金）

場合、私が受領いたしますので、下記口座へ振り込みをお願いします。

なお、この件について他の相続人と紛議が生じても私が一切の責任を持って処理し、貴町にはご迷惑をかけないことを了承いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 異動があった方  （死亡・転出・国保離脱等） | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　　年　　　　月　　　　日 |

※国保離脱等で複数人異動があった場合、【〇〇（代表者）他〇名】と記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　指　定　口　座 | 銀　　行  信用金庫  農　　協 | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | | |
| 種別 | 普　通  当　座  貯　蓄 | 口　座　番　号 | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| 口　座　名　義　人  （カナで記入） | |  | | | | | | | |

既に登録のある口座へ振込希望の場合、チェック　□

下記の申立人を書類送付先とする場合、チェック　□

公金受取口座を利用する場合は、チェック　□

　　年　　月　　日

申立人（相続人代表）住　　所

氏　　名

電話番号

異動者との続柄

　　　　　　　　窓口に来た方（氏名：　　　　　　　　　続柄：　　　）

　　　　　　　　　　　　　　（電話：　　　　　　　　　　）

越生町長　あて

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　あて

※国民健康保険加入者に異動があった場合、申立人（相続人代表）は世帯主としてください（世帯主がいる場合のみ）。

※異動者が後期高齢者かつ擬制世帯主の場合で、申立人（相続人代表）が異なる際は国保分・後期高齢者分それぞれ届出が必要です。