

後期高齢者医療保険料及び介護保険料還付方法指定届出書

年 月 日

岩泉町長 様

被保険者

住 所	
氏 名	④
電話番号	

後期高齢者医療保険料及び介護保険料の還付金の支払いが決定した際は、下記のとおり処理してください。

記

1 希望する還付方法（希望する方法に○をつけてください）

(1) 口座振込

振込先	金融機関	銀行・県信漁連 農協・信用組合	支店 支所
	口座番号	(普通・当座)	
	フリガナ		
	口座名義人		

※口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状に記入及び押印してください。

委 任 状

私は、_____を代理人と定め、この届にかかる後期高齢者医療保険料及び介護保険料の還付金の受領に関する権限を委任します。

被保険者 住所 _____
氏名 _____ ④

(2) 窓口払出し（希望する受け取り場所に○をつけてください）

①役場本庁	②役場 小川支所	③役場 大川支所	④役場 小本支所	⑤役場 安家支所	⑥役場 有芸支所
-------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

※ 窓口払出しの場合は、役場で指定する日時に来庁していただくかなければならずご不便をおかけしておりますので、やむを得ない場合を除き口座振り込みの選択をお願いします。