

国民健康保険税等  
介護保険料等  
後期高齢者医療保険料

保険税等

還付金相続申出書兼請求書

年 月 日

江田島市長 様

〒 ー

申出者 住所 \_\_\_\_\_

請求者 \_\_\_\_\_

(相続人代表者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_

(対象者との続柄： )

私は、下記被相続人（死亡した被保険者）の死亡後における保険税等（国民健康保険税・給付費、介護保険料・給付費、後期高齢者医療保険料）の精算に伴い、還付金が発生した場合、相続人代表者としてその還付金を請求します。

被相続人の保険税等に関する通知は上記の住所へ送付してください。

なお、他の相続人に対しましては、私（申出者）が責任を持って異議のないように処理し、江田島市に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

被相続人（死亡した被保険者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

【保険税等還付金の振込先】

「葬祭費支給申請書」の振込先と同じ

「葬祭費支給申請書」の振込先口座と異なる場合は以下に御記入ください。

振込先	銀 金 組 農	行 庫 合 協	本店支店 ( )		預 金 種 別	普 通 当 座  ( )
			金融機関コード	支店コード		
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。						
口座番号(右詰)			記号・番号	※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。		
口座名義人 (カタカナ)	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マスあけてください。					

【市役所記入欄】

保健医療課	税務課	高齢介護課