

〒112-8555

文京区春日1-16-21

文京 太郎 様

請求書

文京区長 殿

文京区国民健康保険料過誤納還付金請求書
・口座振込依頼書兼委任状



お問合せの際に必要な
7桁の番号です。

2026 年 4 月 1 日

下記国民健康保険料過誤納還付金を請求いたします。

①と②二か所に宛名の方の朱肉
を使う印鑑を押印ください。

還付充当番号	税 目(料)	賦課年度・相当年度・通知書番号	還付金種別	備考
1234567				

過誤納金合計	円	+	還付加算金	円	-	充当合計額	円	=	還付額	円
--------	---	---	-------	---	---	-------	---	---	-----	---

※ 記入上の注意

- 請求者と口座名義人が異なる場合は、委任状欄に世帯主の住所・氏名を記入し、同じ印鑑で押印をしてください。
- ゆうちょ銀行をご指定の際は振込用の店名・口座番号をご記入ください。不明の場合は記号番号を店名欄にご記入ください。
- 各欄への押印は、朱肉を使用する印鑑をお使いください(スタンプ不可)。
- ご返送いただいてからお振込みまでに1か月程度かかります。あらかじめご了承ください。
- この還付金の請求権は、送付された通知書を受け取った日の翌日から2年

- マイナポータル等にて登録された公金受取口座への振込を希望される場合
また、その場合、口座振込依頼書欄へのご記入は不要となります。

金融機関名・支店名を正しくご記入いただ
いていれば、金融機関コード・支店コードは空
欄でも構いません。

※ 濁点(〃)・半濁点(゜)は、一マスごとにご記入ください。

口 座 振 込 依 頼 書	銀行等	金融機関名		文の京銀行				支店名			シビック支店				
		金融機関コード		1	2	3	4	支店コード			5	6	7		
		口座種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 該当する方に☑する		口座番号(右詰)				1	2	3	4	5	6
	口座名義人		姓(カタカナ)	フ	シ	ン	キ	ヨ	ウ						
		名(カタカナ)		タ	ロ	ウ									
		電話番号		090-XXXX-XXXX											

委任状(世帯主以外の口座に振込む場合にご記入ください。)

上記の還付金の受領を下記の者に委任します。

受任者(受け取る方)

住 所

氏 名

委任者(世帯主)

年 月 日

住 所

氏 名

印 ③

事務使用欄

文京区国保年金課長 殿

年 月 日

住 所

氏 名

印