様式第５号（第３条関係）

年　　月　　日

島田市長　印

後期高齢者医療保険料還付通知書

後期高齢者医療保険料が納めすぎとなりましたので、地方税法第17条から第17条の４の規定により、下記のとおり還付します。

納税義務者 氏名・名称	

過誤納番号	過誤納発生の理由	過誤納合計額	＋	還付加算金	－	充当合計額	＝	還付額

＜過誤納の詳細＞

税目		年度		通知書番号	

期別 （月）	納付すべき額			納付済額			過誤納額		
	本税	督手	延滞金	本税	督手	延滞金	本税	督手	延滞金
合計									

＜振込先口座＞

金融機関名				支店名	
口座種別		口座番号		口座名義人	

不服申立等の教示文

備考	問い合わせ先

（帳票整理番号：　　）