

過誤納金還付通知請求書の記載上のご注意

- この書類により過誤納金の還付を請求することができる方は、医療関係職種の籍(名簿)の訂正申請において、これまでに1通の申請書により2カ所以上の登録事項の訂正を申請し、2千円以上の登録免許税を納付された方になります。
- 過誤納金の還付を請求できる期間は、籍(名簿)の訂正の登録が完了した日から5年を経過する日までとなります。なお、税法上の規定により、「過誤納金還付通知請求書」は請求期限までに各請求窓口へ必着する必要がありますのでご注意ください。

(詳しくはリーフレットをご参照ください。)

過誤納金還付通知請求書	①
納付に係る登録免許税の課税標準及び税額	_____ 円②
計算に誤りがあったこと等により過大となった登録免許税の課税標準及び税額	_____ 円③
当該請求をする理由及び当該請求をするに至った事情の詳細	ア 籍(名簿)を訂正するに当たり、1つの申請書でイカ所の登録事項の訂正を申請した。その際、1つの申請書に対し1,000円の収入印紙を貼付するところ、ウ円の収入印紙を貼付してしまった。④
過誤納となった登録免許税の納付方法(現金納付した登録免許税についてはその納付した収納機関の名称)	収入印紙納付⑤
請求者の住所地(居住地)	⑥
当該請求に係る登録免許税の還付場所として希望する銀行(振込み希望預貯金口座)又は郵便局の名称及び所在地	⑦
その他参考となるべき事項	<input type="checkbox"/> 籍(名簿)の訂正申請をした年月 平成_____年_____月 ア <input type="checkbox"/> 請求者の連絡先 電話: _____ イ <input type="checkbox"/> 籍(名簿)登録番号 第 _____ ウ _____ 号 <input type="checkbox"/> 住所地(居住地)を管轄する税務署名及び所在地(※) 2 税務署名: _____ エ 所在地: _____ オ _____⑧
登録免許税法第31条第1項の規定による通知をするよう上記により請求する。 ア { 年 月 日 住所 氏名 _____ イ _____ 殿	⑧

(※) 1 籍(名簿)の変更の登録をした日から5年を経過する日までご請求ください。(必着)
2 「税務署名」、「所在地」欄は、ご不明の方は記入不要です。

① 訂正申請書に添付された収入印紙の額を記入してください。

(例) 本籍地の訂正1回(神奈川県から東京都に変更)、氏名の訂正1回(労働花子から厚生花子に変更)を訂正申請された場合

本籍を神奈川県から東京都に変更.....1,000円

氏名を労働花子から厚生花子に変更.....1,000円

合計 2,000円 (訂正申請書に添付された収入印紙の額)

② 上記①の額から1,000円を差し引いた額をご記入してください。

③ ア 資格名を記入してください。

イ 訂正した箇所数を記入してください。上記①の例では、本籍地、氏名を訂正申請していますので2箇所となります。

ウ 上記①の額を記入してください。(訂正申請書に添付された収入印紙の額)

④ 「収入印紙納付」と記入してください。

⑤ 住所地を記入してください。

⑥ 本人名義の振込口座を指定し、次の事項を記入してください。

(銀行の場合)

銀行名、支店名、口座種類、口座番号、銀行の所在地

(ゆうちょ銀行の場合)

郵便局名、記号、番号、郵便局の所在地

なお、口座がない方は、郵便局で受け取ることも可能です。その場合は、その旨と郵便局の名称及び所在地を記入してください。

(例) 口座がないため次の郵便局での受け取りを希望します。

厚生労働郵便局 東京都千代田区〇〇〇〇

⑦ ア 免許証の登録事項(氏名、本籍地都道府県名(外国籍の方は国籍名))の訂正申請をされた年月を記入してください。ご記憶にない場合は申請した年までの記入で構いません。

イ 必要に応じてお問い合わせする場合がありますので、連絡がとれる電話番号を記入してください。

ウ 免許証でご確認の上、資格の登録番号を記入してください。

エ、オ 住所地(居住地)を所管する税務署名、所在地を記入してください。なお、ご不明の方は記入不要です。

⑧ ア 過誤納金還付通知請求書の提出日及び住所、氏名を記入し、押印してください。

(押印は銀行の届出印鑑である必要はありません。)

イ 資格が

- ・医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、視能訓練士、歯科技工士、臨床工学技士、義肢装具士の方は「厚生労働省医政局長」、
 - ・薬剤師の方は「厚生労働省医薬食品局長」、
 - ・歯科衛生士の方は「歯科医療振興財団理事長」、
 - ・救急救命士の方は「日本救急医療財団理事長」、
 - ・あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師の方は「東洋療法研修試験財団理事長」
 - ・柔道整復師の方は「柔道整復研修試験財団理事長」
 - ・言語聴覚士は「医療研修推進財団理事長」
- と記入してください。

【還付通知請求書の提出・問い合わせ窓口】

医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、歯科技工士、臨床工学技士、義肢装具士	救急救命士 → 〒113-0034 東京都文京区湯島3-37-4 一般財団法人 日本救急医療財団 電話：03-3835-0099
	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師 → 〒105-0012 東京都港区芝大門1-16-3 公益財団法人 東洋療法研修試験財団 電話：03-3431-8771
薬剤師 → 〒100-8916 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2 厚生労働省医薬食品局総務課試験免許係 電話：03-5253-1111 内線2714、2715	柔道整復師 → 〒105-0003 東京都港区西新橋1-11-4日土地西新橋ビル6階 公益財団法人 柔道整復研修試験財団 電話03-6205-4731
歯科衛生士 → 〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20 一般財団法人 歯科医療振興財団 電話：03-3262-3381	言語聴覚士 → 〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-22-14 公益財団法人 医療研修推進財団 電話：03-3501-6592