

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

氷見市長 あて

私は、後期高齢者医療保険料を口座振替により納付することを希望し、その旨、必要書類を添えて申し出いたします。なお、今後未納が発生した場合に特別徴収（年金天引き）に再度変更されても異議はありません。

										申出年月日		年		月		日			
被保険者番号																			
被保険者		住 所		〒															
		電 話 番 号		()															
		フリガナ																	
		氏 名																	
振替口座		金 融 機 関		銀行・信用金庫 農 協・信漁連										本店・支店 本所・支所					
		預 金 種 目 (ゆうちょ銀行を除く)		普 通 ・ 当 座															
		口 座 番 号																	
		(ゆうちょ銀行)		1						0	の								
		フリガナ																	
		口座名義人																	

◎ 本人以外が申出する場合は、届出人について以下に記入してください。

届出人住所 〒

届出人氏名

(印) (続柄:)

電話番号

()

【確認事項】

- 過去2年間の保険料（税）の納付状況の確認（特徴分を除く）
- 過去2年間の納付数 月 （うち納付済月数 月）
 - 特別事情（滞納について考慮すべき事由があれば以下に記載）

○ その他の保険の場合

- 転入（転入の納付状況確認 □）
- 国民健康保険組合（納付状況確認 □）
- 被用者保険本人
- 被用者保険被扶養者