

納付方法変更申出書取りやめ申請書

入間市長 あて

私は、以前申請した後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書を取りやめたいので、下記のとおり申請します。

記

申 請 者	フリガナ		申請年月日	令和	年	月	日
	氏 名		被保険者 との関係				
	住 所						

被 保 険 者	番 号													
	フリガナ									生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	氏 名									性 別				
	住 所	〒 電 話												

〈市町村確認欄〉

- | | | | |
|------------------|---|---|---|
| ① 被保険者証の確認 | 有 | ・ | 無 |
| ② 年金天引き（１／２判定）確認 | 有 | ・ | 無 |