

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出取下書

(あて先) 須坂市長

下記の対象者は、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申し出をしましたが、事情により申し出の取消しを希望します。

被 保 険 者	氏 名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住 所	須坂市		
	電話番号		被保険者 証番号	

年 月 日

(申請者) 印

住 所 _____

氏 名 _____

医療保険課処理欄	
普通徴収中止月	年 月から
特別徴収開始月	年 月から