

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

(あて先) 須坂市長

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、やむを得ない事情以外に滞納した場合、以後、特別徴収として納めることに不服は申しません。

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

振 替 口 座	(フリガナ) 口座名義人		被保険者 との 続柄	
------------------	-----------------	--	------------------	--

※被保険者本人以外の口座により口座振替を希望する場合、口座名義人は下記へ署名捺印をお願いします。

私名義の口座より後期高齢者医療保険料の口座振替を希望します。

口座名義人 

※医療保険課処理欄

- 納付方法の変更について承認する。
- 下記理由により不承認とする。

理由：

○ その他の判断基準

口 座 振 替 依 頼 書			
令和 年 月 日	受付		
特徴停止：令和 年 月から			
登録：令和 年 月 日			