

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和 年 月 日

守 口 市 長 様

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(口座振替申込書の写し)を添えて申し出いたします。

被 保 険 者	氏 名		被保険者証番号	
	住 所	守口市		
	電話番号			

振 替 口 座	金融機関名			支店名	
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号		
	フリガナ			被保険者との 続柄	
	口座名義人				

注意： 口座振替において振替不能になった場合は、特別徴収(年金からの天引き)されることを了承いたします。

受 付 日	入 力 日
受 付 者	入 力 者