

記入例

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和〇年〇月〇日

(宛先) 茅ヶ崎市長

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、その旨口座振替依頼書（本人控）を添えて申し出いたします。

また、口座振替に変更後、振替不能等により保険料が滞納になった場合には、特別徴収（年金天引き）に戻ることを了承します。

申出者	住所	〒 253-8686 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1	
	氏名	茅ヶ崎 太郎	
	連絡先 (電話)	0467-81-7157	被保険者との続柄 本人

被保険者情報

申出者と被保険者が同じ場合は「氏名」「電話番号」「住所」は記入不要

被保険者	被保険者番号	20111111	電話	
	氏名			
	住所			

申出者と被保険者の氏名・電話番号・住所
が同じ場合は、のみで記入は不要です。
※被保険者番号は必ず記入してください。

振替口座情報

口座名義人 (フリガナ)	チガサキ タロウ			被保険者との続柄 本人
	(漢字) 茅ヶ崎 太郎			
金融機関を除く ゆうちょ銀行	金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード
	〇〇銀行	1111	〇〇支店	111
	口座種別	口座番		
	普通			
ゆうちょ銀行	金融コード	通帳記号		
	9900	1	0 の	

振替口座情報は後期高齢者医療保険料の引き落とし口座として、登録したものと同じ口座をご記入ください。

市町村確認欄

引き落とし口座がゆうちょ銀行の
場合はこちらにご記入ください。

備考

入力日

年 月 日

特別徴収停止月

年 月 期

受取印