

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		
	氏 名		電 話	
	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 (ゆうちょ銀行を除く)	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、登録したものと同一口座をご記入ください。

市町村確認欄

備考

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。

入力日	収受印
年 月 日	
特別徴収停止月	
年 月 期	