

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和 年 月 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	〒	
	氏 名		
	連絡先 (電話)	被保険者との続柄	

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			
	氏名			電話番号
	住所	〒		

振替口座情報

口座名義人 (フリガナ)					被保険者との続柄		
	(漢字)						
金融機関名 (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		
口座種別 (ゆうちょ銀行)	口座種別	口座番号					
	普通						
金融コード (ゆうちょ銀行)	金融コード	通帳記号	通帳番号				
	9900	1	0	の			

市町村確認欄

備考	入力日	受印
	年 月 日	
	特別徴収停止月	
	年 月 期	