

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<br>(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<br>番号 |   |      |  |
|      | 氏 名        |   | 電話番号 |  |
|      | 住所         | 〒 |      |  |

振替口座情報

|                         |         |         |  |         |     |              |  |
|-------------------------|---------|---------|--|---------|-----|--------------|--|
| 口座<br>名義人               | (フリガナ)  |         |  |         |     | 被保険者<br>との続柄 |  |
|                         | (漢字)    |         |  |         |     |              |  |
| (ゆう<br>ちょ<br>銀行<br>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 | 口 座 番 号 |  |         |     |              |  |
|                         | 普 通     |         |  |         |     |              |  |
|                         | 金融コード   | 通 帳 記 号 |  | 通 帳 番 号 |     |              |  |
| ゆう<br>ちょ<br>銀行          | 9900    | 1       |  |         | 0 の |              |  |

市町村確認欄

備考

入力日

年 月 日

特別徴収停止月

年 月期

収受印