

# 後期高齢者医療納付方法変更申出書

平成 年 月 日

あて先 小矢部市長

被保険者（申出人）氏名

印

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、その旨を申し出いたします。

被 保 険 者	氏 名		被保険者証 番 号	
	住 所			
	電話番号			

振 替 口 座	金融機関名		支店名	
	口座種別		口座番号	
	口座名義人 (フリガナ)	-----		被保険者 との 続柄

※市事務処理欄

申し出時の区分	滞納状況(国保・後期)	口座登録	審査結果	入力
特徴 普徴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	有 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	有 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	承認 却下 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	