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　小矢部市長

被保険者（申出人）氏名

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 |  |
| （フリガナ）口座名義人 |  | 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□　　　□ | 有　　　　無□　　　　□ | 有　　　無□　　　□ | 承認　却下□　　　□ |  |

申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　□免許証　□個人番号カード　□その他（　　　　　）