

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

小田原市長 宛

私は、後期高齢者医療保険料について 口座振替により納付すること
 特別徴収の抑止を解除すること を

希望し、その旨、必要書類を添えて申し出いたします。

被 保 険 者	氏名						被保険者証 番号										
	住所																
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	電話番号	()										

振 替 口 座	預金者	(フリガナ)						被保険者 との続柄									
		口座名義人															
	以外の金融機関 ゆうちょ銀行	金融機関名				銀行・金庫 組合・農協	支店名	店									
		口座種別	普通・当座			口座番号											
	ゆうちょ銀行	通帳記号						の	通帳番号								

(以下市町村処理欄)

<確認欄>

- ・ 被保険者証 (被保険者番号の確認)
- ・ 口座振替依頼書 (コピー添付)
 - 有
 - 無 ⇒ 理由
 - 既に後期高齢者医療保険料について口座振替依頼書を提出済
 - その他 ()