

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

平成 年 月 日

山ノ内町長 竹節 義孝 様

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、必要書類を添えて申し出いたします。

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ (印)

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	普通 当座	口座番号	
	ゆうちょ	通帳記号	通帳番号	
	(フリガナ) 口座名義人			被保険者との続柄 (本人 その他)

被保険者以外の口座により口座振替を希望する場合、口座名義人は下記へ署名捺印をお願いします。
上記口座より後期高齢者医療保険料の口座振替を希望します。

口座名義人 _____ (印)

- ・納付方法の変更について承認する。
- ・下記理由により不承認とする。

理由: _____

○ その他の判断基準

承認		不承認		連絡	
----	--	-----	--	----	--