

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和 年 月 日

宗 像 市 長 宛

私は、後期高齢者医療保険料を普通徴収（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	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

※被保険者本人の場合は記入不要です。

届 出 人	氏 名		被保険者 との続柄	
	住 所			
	電話番号			

- ☐ 令和 年 月より特徴停止
☐ 期より口座振替開始
☐ 以前より口座振替

受 付	入 力	確 認

(月 月次更正処理済)