

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

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 安曇野市 _____

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 座	口座番号						
	ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0	の通帳番号				
	(フリガナ) 口座名義人					被保険者 との続柄			

被保険者本人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)

市処理欄				
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 納付方法の変更について承認する。 ・ 下記の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	
----	--	-----	--	----	--