

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

西条市長 高橋 敏明 殿

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、必要書類を添えて申し出いたします。

また、私は世帯主又は配偶者等の国民健康保険税等の納税状況を市が調査することに同意します。

なお、残高不足等の理由により、口座振替ができずに保険料の滞納が発生した場合、以後、特別徴収として納めることに不服は申しません。

宛名番号：

被 保 険 者	氏 名		被保険者 番号	
	住 所			
	生年月日		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			

【被保険者と振替口座名義人が異なる場合は必ずご記入ください】

代 理 納 付 者	氏 名		被保険者 との続柄	
	住 所			
	生年月日		電話番号	