

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

(年金差引きから口座振替への切替え手続き)

平成 年 月 日

熊本市長 殿

私は、次の事項を承諾のうえ、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、申し出いたします。

- 一、後期高齢者医療保険料は、口座振替にて支払います。
- 二、預金不足等の理由により、口座振替ができず保険料に滞納が生じた場合、元の納付方法（年金差引き）に切替えます。

被保険者番号		
被 保 険 者	氏名	印
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
	住所	熊本市
	電話番号	
届 出 者	氏名	
	電話番号	

※届出者が被保険者本人の場合は、「本人」とご記入ください。

市役所確認欄 (これより以下は記入しないでください。)

■特別徴収停止月 平成 年 月 ■振替口座 (登録済・手続中・今回申込み)
 ■ () 銀行・信用金庫・農協・信用組合 () 支店
 口座番号 () 口座名義人 ()

■平成 年 月現在

■納付状況

普徴	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3
特徴	4・6・8・10・12・2

- 本人滞納なし
- 世帯員滞納なし

収 渡し日

申 請	認 定

受 付