

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

砺波市長 あて

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、申し出いたします。

【申出者記入欄】

| | | | | |
|------------------|------|-----|--------------|--|
| 被 保 険 者 | 氏 名 | | 被保険者証 番 号 | |
| | 住 所 | 砺波市 | | |
| | 電話番号 | | | |

| | | | | |
|-------------|------|-----------|--------------|--|
| 申 出 者 | 氏 名 | | 被保険者 との続柄 | |
| | 住 所 | (□請求者と同じ) | | |
| | 電話番号 | (□請求者と同じ) | | |

※被保険者が申し出される場合は、記入不要

【処理欄】

○口座振替

- ・新規登録者（口座振替依頼書（本人控え）の添付確認）
- ・既登録者（口座登録の画面確認）

○後期保険料

- ・滞納なし
- ・滞納あり