

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和 年 月 日

大洲市長 様

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	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

※ 受付の際は、被保険者証及び大洲市公金口座振替依頼書の写しを添付のこと。

【認定要件】

- 被保険者の納付状況
 - ・ 普通徴収の有無 (有 ・ 無)
 - ・ 有の場合の納付状況 (納付済 ・ 滞納有)

- その他の判断基準 (特別事情など)
-
-