

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

（特別徴収から普通徴収）

長浜市長 あて

住所 _____

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するため、必要書類を添えて申し出ます。

なお、口座振替の指定口座の残高不足等により、口座振替による保険料の支払ができなかった場合は、年金からの特別徴収の方法に変更することを承諾します。

※申出者が被保険者本人以外の場合は「委任状」が必要です

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	銀行・信用金庫・信用組合 農協・労働金庫		店 所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			被保険者 との続柄