

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

(あて先)

戸 田 市 長

私は、戸田市に納付する後期高齢者医療保険料の納付方法について、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第23条第3号の規定により、口座振替によって納付することを希望するので、その旨下記のとおり申し出ます。

被 保 険 者 番 号	フリガナ	
	被保険者 氏 名	(印)
住 所	〒335-00 埼玉県戸田市	
申出年月日	年 月 日	連絡先 電話 ()

口座名義人 ※該当する番号に○印。複数に該当する場合は一番小さい番号に○印。

※7,8,9に該当する場合は、添付書類が必要ですので担当までお問い合わせ下さい。

1	被保険者本人	4	同居している子	7	同居していない子又はその配偶者
2	配 偶 者	5	同居している子の配偶者	8	同居していない兄弟姉妹
3	世 帯 主	6	同居している兄弟姉妹	9	その他()

口座内容 ※申出により変更が認定された場合には、金融機関窓口でのお手続きが必要です。

金融機関名	銀行・信用金庫・()		支店名	本店・支店
口座の種類	普通 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

市役所記入欄 ※記入しないでください

受 付 印	保険料納付状況	口座名義人確認	口座振替認定	依頼・申込書配布
	滞納なし	1,2,3,4,5,6 確認・不明	可・否	月 日 手渡・郵送
		7,8,9	届 出 者	変 更 時 期
	滞納あり (年 第 期分)	確認・不明 (委任・同意)	本人・配偶者・ 他()	特徴停止 月 口振開始 期