（特別徴収中止用）

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年　　月　　日

逗　子　市　長

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（年金天引きによる納付を選択しないこと）を希望し、その旨必要書類を添えて申し出ます。

被保険者	フリガナ 氏　　名		被保険者 番号	
	住　　所			
	電話番号			

振替口座	金融機関（ゆうちょ銀行以外）	金融機関名	銀　行 信用金庫 労働金庫		支店名	本　店 支　店
		口座種別	1　普通 2　当座	口座番号		
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号		
	フリガナ 口座名義人				被保険者 との続柄	

収納確認	受付印
備　　考	