

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和 年 月 日

袋井市長 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。

なお、後期高齢者医療保険料を口座振替へ変更後に納付が滞った場合、その後保険料を年金から天引きされても異議はございません。

被 保 険 者	氏 名		被保険者 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	
	(フリガナ)			
	口座名義人			