**後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書**

　　年　　月　　日

大鹿村長　殿

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、やむを得ない事情以外に滞納した場合、以後、特別徴収として納めることに不服は申しません。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 氏　　名 |  | | 生年月日 | 明・大・昭  　　年　　月　　日 | |
| 住　　所 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | 被保険者証番号 |  | |
|  | | | | | | |
| 振替口座 | （フリガナ）　口座名義人 | |  | | 被保険者  との  続柄 |  |
|  | |

※被保険者本人以外の口座により口座振替を希望する場合、口座名義人は下記へ署名をお願いします。

私名義の口座より後期高齢者医療保険料の口座振替を希望します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座名義人　　　　　　　　　　　　㊞

※課処理欄

　・　納付方法の変更について承認する。

　・　下記理由により不承認とする。

　　　理由：

　○　その他の判断基準

|  |  |
| --- | --- |
| 口　座　振　替　依　頼　書 | |
| 年　　月　　日受付 |  |
| 特徴停止：　　　　年　　月から | |
| 登録：　　　　年　　月　　日 |  |