

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

受付印

門真市長 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。

令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ				
	氏 名		生年 月日	大正・昭和 西暦 年 月 日	
	住 所	(郵便番号 -)			
	連 絡 先 電 話 番 号				
	被 保 険 者 番 号				
振 替 口 座	金 融 機 関 名			支 店 名	
	口 座 番 号			口 座 種 別	
	(フリガナ) 口 座 名 義 人			被 保 険 者 と の 続 柄	

納付方法変更後、保険料が未納となった場合には、納付方法を特別徴収に変更することに同意します。

申請者

氏名

住所

電話

(本人確認)		
☐ 運転免許証	☐ パスポート	☐ マイナンバーカード
☐ 障害者手帳	☐ 在留カード	
☐ その他 ()		

確 認	入 力	受 付