

後期高齢者医療保険料 納付方法変更申出書

平成 年 月 日

我孫子市長 あて

私は、後期高齢者医療保険料を年金天引きに代えて口座振替により納付することを希望します。

被 保 険 者	氏 名		被保険者証 番号												
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生													
	住 所	〒 ー													
	電話番号														

後期高齢者医療保険料の口座振替の登録のない方は、金融機関等で口座振替の手続きのうえ、「後期高齢者医療保険料口座振替依頼書（お客様控）」の写しを添付してください。

-----《以下 国保年金課高齢者医療担当確認欄》-----

- ・口座振替手続きの状況（ 登録済 ・ 未登録 ）
- ・保険料の納付状況（ 特別徴収 ・ 普通徴収 ）