

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

(宛先) 東大阪市長

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を希望し、その旨を申出いたします。

【申出者記入欄】

被保険者番号			
被保険者氏名	生年月日：明治・大正・昭和 年 月 日		
住 所	〒 電話番号： ()		
申出者氏名 (本人の場合省略)			
口座名義人	フリガナ		被保険者 との続柄
	氏名		

《添付書類》 取扱店日附印が押印された「口座振替依頼書・申込人控」の写し

★下記の事項についてご確認ください。

- ① 引き続き「年金からのお支払い」を希望される方は、手続きの必要はありません。
- ② 口座からのお支払いに変更した場合、その社会保険料控除は、原則口座振替によりお支払いいただいた方に適用されます。
- ③ 「口座振替」が不能になった際は、「年金からのお支払い」に戻させていただきます。

《職員記入欄》

受付者	納付方法	特徴	・	普徴	受 付 印	
	WIZ入力日	済 (月 日)	・	未		
担当者	口座開始日	年 月 日 (WIZ 月 日)				
	特徴停止処理日	年 月 日 (変更通知発行 □)				
	特徴開始予定月	4 月	6 月	8 月		1 0 月
	特徴開始除外月	4 月	6 月	8 月		1 0 月
	回付データ	月作成分				