

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

受付日

堺市 区長 様

申出者住所 堺市 区 _____

申出者氏名 _____
(申出者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

被保険者との関係 _____

電話番号 _____

私は、下記の注意事項を承諾の上、後期高齢者医療保険料納付方法を特別徴収（年金天引）から口座振替による納付に変更することを申し出ます。

被 保 険 者	被保険者 番号	_____	□ 申出者と同じ のため、左欄 省略。
	氏 名	_____	
	住 所	堺市 区	
	電話番号	_____	

振 替 口 座	<input type="checkbox"/>	別添、口座振替依頼書（写）のとおり				
	(依頼書を添付できない場合に記入)	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農業協同組合	支店名	本店 支店・支所 出張所	
		口座種別	普通 当座 通常貯金	口座番号・通帳番号 (右詰めで記入)	通帳記号	1 _____ 0
		口座名義人	(フリガナ)	被保険者 との続柄	本人 その他 ()	

【注意事項】

- 同時に口座振替をお申込みの場合、金融機関の承認が堺市に到着するまで、納付方法変更をすることができません。
- 預金残高不足等の理由により、口座振替ができずに保険料の滞納が発生した場合、元の納付方法（年金天引き）に切替を行います。切替の通知は保険料決定（変更）通知により行います。

※申し込み時に保険料の未納がある方はご記入ください。

(納付誓約) _____
被保険者(連帯納付義務者)氏名： _____
(被保険者(連帯納付義務者)が自署しない場合は、記名押印をしてください。)