

様式第 2 号

様

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出承認通知書
兼 口座振替・自動払込登録完了通知書

年 月 日

堺市 区長 印

あなたの後期高齢者医療保険料納付方法変更申出について、次のとおり承認しましたので通知します。

また、口座振替・自動払込について、次のとおり登録が完了しましたので、お知らせします。

被保険者氏名		被保険者番号	
承認内容	口座振替の方法による保険料の納付		
承認年月			
承認理由	高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号） 第23条第3項に該当するため		

引 落 口 座	金融機関名		
	支店名		
	種目		口座・通帳番号
	口座名義人		

※口座番号・通帳番号の一部を非表示にしています。