

年 月 日

様

堺市 区長 印

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出不承認通知書

年 月 日付けで申し出のあった、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、下記の理由により不承認としましたので通知します。

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 氏 名 | | 被保険者 番号 | | | | | | | | |
| | 住 所 | 堺市 区 | | | | | | | | | |
| 不承認の理由 | | 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項に該当しないため。 | | | | | | | | | |
| 決定年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |

お問合せ先