

撤回

様式第4号

年 月 日

## 後期高齢者医療保険料 納付方法変更撤回申出書

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 \_\_\_\_\_

私（被保険者）は、後期高齢者医療保険料納付方法について、口座振替による納付を申し出ましたが、この申出を撤回し特別徴収を希望するので、その旨を申し出ます。

被 保 険 者	氏 名		被保険者 番号																	
	住 所	堺市 区																		
	電話番号																			

・特記事項

---

---

---