

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書 (口座振替から特別徴収への変更)

年 月 日

益城町長 様

私は、 年 月 日に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申し出ておりましたが、それを取り消し、特別徴収に変更しますので申し出いたします。

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

特別徴収への変 更年度	年度分の保険料から特別徴収(10月の年金支給分から特別徴収)へ変更
----------------	-----------------------------------

こちらは市町村確認欄ですので、記入の必要はありません。

市町村確認欄

【チェック欄】

- ☐ 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書(口座切替分)の写し添付
- ☐ 特別徴収開始時期(年10月から)と普通徴収開始時期の説明

本人確認方法

本人来庁時		代理人来庁時		
以下の一点で確認 （顔写真あり）	以下のいずれか2点で確認	被保険者の委任意志確認	代理人の本人確認	
			以下の一点で確認（顔写真あり）	以下のいずれか2点で確認
免許 ・ マイナンバー 旅券 ・ 在留カード 手帳 ・ その他（ ）	資格確認書 通帳・介護保険証 その他（ ）	被保険者の資格確認書 委任状	免許 ・ マイナンバー 旅券 ・ 在留カード 手帳 ・ その他（ ）	資格確認書 通帳・介護保険証 その他（ ）

代理人と本人との関係

代理人について（本人来庁時には記入不要）	
代理人氏名	
代理人住所	
本人との関係	
電話番号（日中連絡が取れる番号）	