

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

益城町長 様

私は、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希望し、その旨、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			

振 替 口 座	金融機関名		支店名	
	口座種別		口座番号	
	口座名義人 (フリガナ)			被保険者 との 続柄

※ご注意

- ・この申請は口座振替の申込をするものではありません。
- ・口座の預金残高が不足して振替不能となった場合は、特別徴収に切替させていただきますことでもありますので、ご注意ください。
- ・これまでの国保の保険料（税）が滞納となっている場合、口座振替の変更ができない場合もございますのでご了承ください

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】

口座振替依頼しているかの確認

特別徴収中止依頼 特別徴収依頼日： 年 月 日

特別徴収中止月： 月

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)	