

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和 年 月 日

可児市長 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ますので申し出いたします。

被 保 険 者	氏 名		被保険者証 番 号	
	住 所	可児市		
	電話番号			

振 替 口 座	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			支店名	支 店 出張所			
	口座種別	普通・当座	口座番号						
	(フリガナ) 口座名義人				被保険者 との続柄				

※金融機関に届出をいただかないと処理が完了できませんので必ず金融機関へ口座振替の依頼をお願いします。

(以下市町村処理欄)

【認定要件】

- 保険料納付状況 未納なし 未納あり _____
- 口座名義人 本人・配偶者・世帯主 その他 _____

入 力 処 理 欄	受付	口座	入力	更正	確認