

# 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

平成 年 月 日

むつ市長 宮下 順一郎 殿

申出者 住所

氏名 ⑩

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、必要書類を添えて申し出いたします。

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

振 替 口 座	金融機関名		支店名等	
	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

【認定要件】 高確法施行令第23条第1項第3号 イ・ロ に該当

○ イの場合

過去2年間の国民健康保険料(税)の納付状況の確認

- ・ 国保資格取得年月日 昭和・平成 年 月 日
- ・ 過去2年間の納期数 月 (うち納付済月数 月)
- ・ 特別事情(滞納について考慮すべき事由があれば以下に記載)

\_\_\_\_\_

○ ロの場合

振替口座名義人 世帯主・夫・妻

被保険者の年金収入 \_\_\_\_\_ 円

○ その他の判断基準

\_\_\_\_\_