

# 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

殿

申出者 住 所 むつ市

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、後期高齢者医療保険料を下記のとおり、口座振替により納付することを希望します。申し出いたします。

記

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

振 替 口 座	金融機関名		支店名等	
	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
