

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

平成 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

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	印	被保険者 番号									
	住 所											
	電話番号											

振 替 口 座	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店名	本店 ・ 支店 本所・支所・出張所						
	口座種別	1.普通 2.当座	口座番号 (通帳記号番号)								
	口座名義人 (フリガナ)				被保険者 との 続柄						

【認定要件の確認】

- ① 口座振替者が過去1年間の医療保険料(税)を完納
- ② 口座振替者が国保(構成員)、社会保険、及び国保組合該当
- ③ その他

- ④ 上記要件を満たしていないため、却下
理由：前年度_____期のうち_____期が未納
その他 _____