

# 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

平成〇〇年 〇月 〇日

(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	宇都宮 花子	印	被保険者 番号	0	1	2	3	4	5	6	7
	住所	宇都宮市旭1丁目1番5号										
	電話番号	028-632-0000										

振 替 口 座	金融機関名	〇〇〇	銀行・組合 金庫・農協	支店名	〇〇	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)	00000000		
	口座名義人 (フリガナ)	ウツノミヤ タロウ 宇都宮 太郎		被保険者 との 続柄	夫	

## 【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
- ② 口座振替者が国
- ③ その他

記入不要

- 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 \_\_\_\_\_

- ・ 申請の際には、口座振替依頼書申込者控えのコピーを添付してください。
- ・ 口座名義人の限定はありません。(滞納者は除く)