後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

　　年　　月　　日

矢板市長　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、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 | 矢板市 | | |
| 電話番号 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振替口座 | 金融機関名 |  | | 支店名 |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  | |
| （フリガナ）  口座名義人 |  | | 被保険者との続柄 |  |
|  | |

|  |
| --- |
| □新規口座申込  □既に登録口座あり  □その他（　　　　　　　　　　　） |

（以下、市処理事項）

【認定要件】　高確法施行令第２３条第１項第３号による普通徴収切替

〇　過去２年間の国民健康保険料（税）・後期高齢者医療保険料の納付状況の確認

　・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）

〇　その他の判断基準