

## 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和            年            月            日

海老名市長 殿

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、申し出いたします。

被保険者証番号	
被保険者氏名	
届出人氏名	<small>※被保険者本人による届出の場合は、記入不要</small>
被保険者住所	
電話番号	

以下、海老名市記入欄

**【口座登録状況】**

- 1. システム登録済
- 2. 同時受付
- 3. 申込済
  - ..... A. 郵送
  - ..... B. 窓口
  - ..... C. 金融機関
- 4. 後日申込
  - ..... A. 返信用封筒
  - ..... B. 窓口持参予定
  - ..... C. 金融機関に直接

				<b>【備考】</b>
受付	検認	入力	処理	