

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、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				
	電話番号	()			

振 替 口 座	金融機関名			支店名	
	口座種別	普 当	口座番号		
	フリガナ 口座名義人	-----			被保険者 との続柄

以下、海老名市記入欄

【認定要件】

高確法施行令第23条第3号に 該当 ・ 非該当

(非該当事由)

【振替口座】

1. 既存口座
2. 新規口座 (窓口受け付け ・ 金融機関申込済み)

窓口受付 担当者	【備考】