

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和 年 月 日

南山城村長 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	氏 名		被 保 険 者 証 番 号	
	住 所			
	電話番号			

振 替 口 座	金 融 機 関 名	銀 行 農 協 信 用 金 庫 信 用 組 合		支 店 名	支 店 本 店
	口 座 種 別	普通・当座	口 座 番 号		
	口 座 名 義 人 (フリガナ)			被 保 険 者 と の 続 柄	

誓 約 書

私は、上記の者にかかる後期高齢者医療保険料の納付について、私の預金口座から振替えることを承諾いたします。

また、各納期の納付期限において残高不足等で振替不能とならないようにすることを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____