

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

(特 別 徴 収 か ら 口 座 振 替)

年 月 日

尾 道 市 長 様
(企画財務部市民税課)

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、口座振替による支払いが滞納となった場合には特別徴収が再開されることを了承の上、必要書類を添えて申出いたします。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者 証 番 号	
	氏 名			
	住 所		電 話 番 号	
窓口へ来られた人 の住所氏名等		※被保険者本人が申出される場合は、記入不要 住所 氏名 (続柄) 電話番号		

【市民税課事務処理欄】

個 人 番 号		特 徴 停 止 フ ラ グ 設 定			
		<input type="checkbox"/> 入力 (年 月 日)			
口 座 要 件	<input type="checkbox"/> 登録済み	収 納 課 チェック欄			
	<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 口座申込控写し ※金融機関受付印確認	<input type="checkbox"/> 未納なし	<input type="checkbox"/> 未納あり ()	収納課	
判 定	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (理由)				
決 裁	年 月 日	係 員	主 任	係 長	課 長
	年 月 日				