

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書(普通徴収から特別徴収)

年 月 日

大津市長宛

(申出者) 住所 _____
 氏名 _____
 本人との関係 _____
 電話番号 _____

※申出者が被保険者本人以外で同居の家族でない場合は裏面の「委任状」が必要です

以前提出した「後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書」の申出を撤回し、以下の者の後期高齢者医療保険料の納付方法を普通徴収(口座振替)から特別徴収(年金天引き)に変更することを申出ます。
 なお、保険料の特別徴収が開始されるまでの保険料納付については、口座振替または納付書により納付します。

被保険者番号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
	住所	
	電話番号	
特別徴収(年金天引き)開始までの納付方法 (※いずれかに○印で記入)		口座振替 ・ 納付書

 【市使用欄】

- (入力)
 納付口座解約(必要時)
 特徴停止フラグ解除

(裏面)

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる届出並びに申請における権限を委任する。

被 保 険 者	住 所	
	氏 名	

代 理 人	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
	電話番号	

年 月 日

大 津 市 長 宛