

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<br>保<br>険<br>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<br>(※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