

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書(特別徴収から普通徴収)

年 月 日

大津市長宛

住所 _____
氏名 _____
(申出者) 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

下記、注意事項を承諾の上、以下の者の後期高齢者医療保険料の納付方法を特別徴収(年金天引き)から普通徴収(口座振替)に変更することを申出ます。

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				
保険料を口座振替する預金口座		別添、口座振替依頼書(写)のとおり			

【注意事項】

○預金残高不足等の理由により、口座振替ができず保険料に滞納が発生した場合、元の納付方法(年金天引き)に切替を行います。切替の通知については保険料決定(変更)通知により行います。

○今回の申出により、保険料納付方法の変更を行った後は、再度申出がない限り、翌年度以降も特別徴収(年金天引き)は実施せず、申出の内容により普通徴収(口座振替)を行います。

【市使用欄】

(確認)

- 口座名義人
 - 被保険者本人
 - 連帯納付義務者(世帯主または配偶者)
 - その他

(入力)

- 納付口座
- 期割変更

(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