

# 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 宇都宮市長

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、必要書類を添えて申し出いたします。

被 保 険 者	氏名	宇都宮 花子	被保険者 番号	0	1	2	3	4	5	6	7
	住所	宇都宮市旭〇丁目〇番〇号									
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇									

振 替 口 座	金融機関名	〇〇	銀行 組合 金庫・農協	支店名	〇〇	本店 本所・支所・出張所	支店
	口座種別	1.普通	2.当座	口座番号 (通帳記号番号)	〇〇〇〇〇〇〇〇		
	口座名義人 (フリガナ)	ウツノミヤ タロウ 宇都宮 太郎			被保険者 との 続柄	夫	

- ・申請の際には、口座振替依頼書申込者控えのコピーを添付してください。
- ・口座名義人の限定はありません。  
(滞納者は除く)

## 【認定要件の確認】

- ① 口座振替者が過去1年間の医療保険
- ② 口座振替者が国保(構成員)、社会保険、及び国保組合該当
- ③ その他

記入不要

- ④ 上記要件を満たしていないため、却下  
理由：前年度\_\_\_\_期のうち\_\_\_\_期が未納  
その他 \_\_\_\_\_