

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

横浜市 区長

私は、後期高齢者医療保険料の納付方法について、年金からの支払い（特別徴収）によらず、口座振替により納付することを希望するので、必要書類を添えて申し出します。

◆太枠内をご記入ください。

1. 被保険者（後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方）

ふりがな		被保険者証番号	生年月日
氏名			明治・大正・昭和 年 月 日
住所	横浜市 区		電話番号

2. 申出者（申出者が被保険者本人と異なる場合、この欄も記入願います。）

氏名		本人との関係	
住所	(被保険者の住所と異なる場合にご記入ください。)		電話番号

※ 納付方法の変更後に、口座振替ができない状態が続いた場合には、年金からの支払い（特別徴収）に変更させていただくことになりますので、ご了承ください。

以下、区保険年金課記入欄

説明 確認	<input type="checkbox"/> 特別徴収中止時期 <input type="checkbox"/> 翌年度以降の取扱い	<input type="checkbox"/> 口座振替開始時期 <input type="checkbox"/> 滞納等の場合の取扱い
入力 確認	<input type="checkbox"/> 口座入力	<input type="checkbox"/> 特徴停止入力

受理	・	・
入力	・	・

- 上記の申出を承認します。
 上記の申出を不承認とします。

受付	入力

決 裁		
課長	係長	係員