

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

平成 年 月 日

新温泉町長 様

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、口座振替依頼書を添えて申し出いたします。

被 保 険 者	氏 名	印	被保険者証 番号	
	住 所	兵庫県美方郡新温泉町 番地		
	電話番号			

振 替 口 座	金融機関名		支店名	
	口座種別		口座番号	
	口座名義人 (フリガナ)		被保険者 との 続柄