**後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書**

　年 　月　 日

玉東町長　前田　移津行　殿

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、申し出いたします。なお、納付方法変更後に口座の預金残高が不足して振

替不能となった場合は、特別徴収に切替わることを承諾いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 氏名 | 印 | 被保険者証  番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 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 | |  |
|  | | |

**※ご注意**

**・これまでの国保の保険料(税)が滞納となっている場合、口座振替の変更が**

**出来ない場合もございますのでご了承ください。**

**・口座振替の場合、所得税や住民税の社会保険料控除の適用者は口座名義人**

**となりますので十分にご留意ください。**

市町村確認欄

【結果】　認定　・　却下

　　　　　理由：

【チェック欄】

* 被保険者証確認
* 口座振替依頼しているかの確認
* 口座振替依頼書市町村控え受理　　受理日：　　年　　　月　　　日
* 特別徴収中止依頼　　　　特別徴収依頼日：　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　特別徴収中止月：　　　　　　　　　　月

**※納付方法の変更を申し出るときに必要なもの**

**・この申出書(押印を確認する)**

**・被保険者証**

**・口座通帳・通帳印(これから口座の登録を行う場合)**

**・口座振替依頼書控え(既に口座登録を行っている場合)**