

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

(提出先)
川 越 市 長

年 月 日

私は、後期高齢者医療保険料の納付方法について、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第23条第1項第3号により、特別徴収（年金天引）によらず普通徴収（口座振替）としたいので、口座振替依頼書を添えて申し出いたします。

区 分	1	新 規	2	変 更	3	取り下げ	
申出者 (被保険者)	被 保 険 者 番 号						
	フリガナ						
	氏 名						
	生 年 月 日		明治・大正・昭和	年	月	日	
	住 所		電話番号 ()				
届出者 (被保険者 以外の場合)	氏 名		被保険者との続柄 ()				
	住 所		電話番号 ()				
□ 座	□座振替の届出の有無		有	□座名義人を変更しない場合は□座振替依頼書の提出は不要です。			
			無	□座振替依頼書を提出してください。			
	□ 座 名 義 人 氏 名)		被保険者との続柄 ()				
	□ 座 名 義 人 住 所		電話番号 ()				

- ※ □座名義人が変更となる場合は、変更の届出が必要となります。
- ※ □座振替において振替不能となった場合は、特別徴収（年金天引）となります。

下記は、市役所確認欄ですので記入は不要です。

備 考					
MCWEL	□座入力		徴収方法変更		
ホスト	入 力				

- 取り下げの場合
- _____ 年 _____ 月から特別徴収再開
 - 特別徴収中止処理待機中 → 特別徴収中止処理取り止め