

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

（あて先）伊勢市長

（申請者）住所

氏名

電話番号（続柄）  
被保険者本人からみた続柄

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ます。

口座名義人の事情により届出をした口座から引落しができなかった場合は、特別徴収に切替えとなることに同意します。

被 保 険 者	氏 名		被保険者 番号	
	住 所			
	生年月日		電話番号	

□ 市税等口座振替依頼書の添付

※以下担当者処理欄

口座振替依頼書の提出    □ 確認    ※必ず、提出を確認してください。			
特別徴収 停止期	令和 年 期（ 月特徴分）	普通徴収 開始期	令和 年 期（ 月末納期分）

受 付	申請者確認欄	処 理（入力）		確 認	
	運転免許証・個人番号カード・ 資格確認書・保険料通知等・ その他（ ）	期割更正	納付変更	期割更正	納付変更
		期割次年度		期割次年度	