

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

平成 年 月 日

京丹後市長 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、必要書類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	京都府京丹後市		
	電話番号			

振 替 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信漁連 ゆうちょ銀行		支店名	
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人 (フリガナ)				被保険者 との 続柄

- ※ この書類に加え、「口座振替依頼書（本人控）」を添付してください。
- ※ ただし、すでに本料金の口座振替の登録が完了されている方は、「口座振替依頼書（本人控）」の添付の必要はありません。