

## 後期高齢者医療保険料 口座振替の利用による徴収方法変更の申出書

年 月 日

大 阪 市 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、必要書類を添えて申し出ます。

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号	
	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	
	(フリガナ) 口座名義人			被保険者 との 続柄

- ・ 上記口座からの振替により、後期高齢者医療保険料を確実に納付します。
- ・ 年金からの支払いに変更する旨の申出を行わない限り、口座振替の方法による納付の継続を希望します。
- ・ 保険料に未納が生じた場合は、年金からの支払いに変更されることを了承します。

< 本人署名 > \_\_\_\_\_

< 区役所使用欄 >

この面には何も記入しないでください。

< 決裁日 . . . >

決	課長	課長代理	係長	係員	国保等システムにおける処理	
裁					入力日 . . .	担当者

高齢者の医療の確保に関する法律施行令第23条第3号 に該当  
該当しない

口座振替申請の状況 本登録済 ・ 仮登録中 ・ 本人控え持参 ・ 申請書同時提出

振替口座の確認 国保と同一口座 ・ 通帳等で確認

振替口座名義人

本人 ・ 世帯主 ・ 配偶者 ・ その他の同居人

上記以外の家族 ( )

その場合の承諾書 あり ・ 事後に提出

直近の後期高齢者医療保険料の納付状況

・ 本市後期高齢者医療資格取得年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

・ 過去の普通徴収納期数

当年度 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 月 ) うち納付済月数 \_\_\_\_\_ 月

前年度 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 月 ) うち納付済月数 \_\_\_\_\_ 月

・ 未納があった場合の未納理由および納付の見込み

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

その他特記事項 \_\_\_\_\_