

大阪市 後期高齢者医療保険料口座振替納付届
自動払込受付通知書

No. _____

(あて先) 大阪市長

申込年月日

年

月

日

納 付 義 務 者	被 保 険 者 番 号								★★★★ ★★★★	
	住 所	大阪市 区								
	郵便番号				—		電話番号		—	印かん
	フリガナ									
氏 名										

印かんを押印してください。
(3枚とも押印箇所があります。)

指定預貯金口座・振替(払込)指定日

※ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

預 貯 金 者	住 所									
	フリガナ								届出印	
	氏 名									
預 貯 金 以 外 の 金 融 機 関	ゆうちょ銀行	銀行 信金 労金 支店 信組 農協 出張所								
	預貯金 種 目	① 普 通 ② 当 座			口 座 番 号					
口 座	ゆうちょ銀行 (9900)	種目コード	種別コード	通帳記号			通帳番号(右詰で記入)			
		1 6 6	2 8	1			0	の		
振替(払込)開始年月		年 月 ※お申込みの日から1か月以上後の年月をご記入ください。								
振替(払込)指定日		4～6月を除く各月末日 (当日が金融機関の休業日に当たる場合は、翌営業日。また12月期分保険料については、翌年の第一営業日)								

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込規定が適用されます。

2. 金融機関確認欄 (ゆうちょ銀行は除く)

(所在地)			
(名 称)			
金融機関 コ ー ド		支 店 コ ー ド	印

3. 区処理欄

受付印	開始可能年月	備 考
	年 月 から	

払込先口座番号
00900-5-960001
払込先加入者名
大阪市会計管理者
取扱店日附印

(区役所提出用)