

## 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

申出年月日 令和 年 月 日

(あて先) 八 戸 市 長

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。

## 【申出者記入欄】

被 保 険 者

住 所	〒		
氏 名	Ⓜ	電話番号	( )

振 替 口 座

金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店名	本 店 支 店 出張所 ( )
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号 (左詰め記入)	
(フリガナ) 口座名義人		被保険者 との続柄 (該当箇所○)	本 人 配偶者 その他( )

申 出 者 ※本人が申し出される場合は、この欄は記入不要です。

住 所	〒 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		
氏 名	Ⓜ	被保険者 との続柄 (該当箇所○)	配偶者 その他( )
電話番号	( ) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		

※以下の欄は、申し出される方の記入は不要です。

## 【八戸市処理欄】

被保険者番号			
口座振替手続きの完了・未了の確認（1，2のいずれかに○） 1 これまでの登録口座により引き続き口座振替をする。 2 新たに口座振替の申し込みを行う。			備考欄
受付者印		確認者印	

## 記入例

## 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

申出年月日 令和 元年 5月 7日

(あて先) 八 戸 市 長

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。

## 【申出者記入欄】

被 保 険 者

住 所	〒 031-8686 八 戸 市 内 丸 一 丁 目 1-1		
氏 名	八 戸 長 寿	電話番号	(43) 2111

振 替 口 座

金融機関名	八 戸	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店名	市 庁	本店 支店 出張所 ( )				
口座種別	普通 当座	口座番号 (左詰め記入)	1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ) 口座名義人	ハチノヘ チョウジュ 八 戸 長 寿		被保険者 との続柄 (該当箇所○)		本 人 配偶者 その他( )				

申 出 者 ※本人が申し出される場合は、この欄は記入不要です。

住 所	〒 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		
氏 名	印	被保険者 との続柄 (該当箇所○)	配偶者 その他( )
電話番号	( ) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		

※以下の欄は、申し出される方の記入は不要です。

## 【八戸市処理欄】

被保険者番号			
口座振替手続きの完了・未了の確認（1，2のいずれかに○） 1 これまでの登録口座により引き続き口座振替をする。 2 新たに口座振替の申し込みを行う。		備考欄	
受付者印		確認者印	