

天理市長 並河 健 様

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

電話番号

※申出者が被保険者本人ではない場合、裏面の委任状が必要となります。

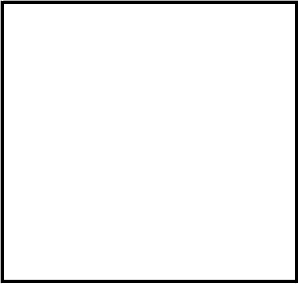
後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書
(普通徴収から特別徴収)

私は、以前提出した「後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書兼承諾書(特別徴収から普通徴収)」の申出を撤回し、後期高齢者医療保険料の支払い方法を普通徴収(口座振替)から特別徴収(年金天引き)に変更することを申し出ます。
なお、保険料の年金天引きが開始されるまでの保険料納付については、口座振替により納付します。

被 保 険 者	被保険者番号		氏 名	
	住 所			
	電話番号		生年月日	大正・昭和 年 月 日

(天理市記載欄)

入力日	特別徴収開始予定	備考
	令和 年 月	



(裏面)

委 任 状

令和 年 月 日

天理市長 並河 健 様

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療に係る届出及び申請における権限を委任する。

被 保 険 者	住 所	
	氏 名	㊞

代 理 人	住 所	
	氏 名	㊞
	生年月日	
	電話番号	