

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兼承諾書
(特別徴収から普通徴収)

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出いたします。なお、振替指定口座の残高不足等で、保険料の振替が不能となり支払いが滞った場合は、特別徴収(年金からの天引き)による方法に変更することを承諾します。

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

振 替 口 座	金融機関名		支店名		区分	1. 新規 2. 継続	
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号			
	ゆうちょ銀行	通 帳 記 号			通 帳 番 号		
		1			0 の		
	口座名義人 (フリガナ)				被保険者 との続柄		

※1 太枠内に口座情報をご記入ください。
※2 新しく口座を登録される方は、口座振替依頼書(本人控え)を添付してください。
※3 ゆうちょ銀行をご希望の場合は通帳記号・通帳番号をご記入ください。
※4 この届出後に特別徴収(年金天引き)に戻す場合、再度手続きが必要になります。

(天理市記載欄)

現年度 滞納	過年度 滞納	入力日	口座振替開始
			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	⑩

代 理 人	住 所	
	氏 名	⑩
	生年月日	
	電話番号	