後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

令和　　年　　月　　日

室戸市長　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いたします。

被保険者	氏　名		被保険者番号	
	住　所			
	電話番号			

口座振替	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 支　所 （　　）							
	口座種別	普　通 当　座 （　　）		口座番号								
	フリガナ			被保険者との続柄								
	口座名義人											