|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第1号(第3条関係) | | | | | |  | |  | | | 受付印欄 | | |
| 後期高齢者医療保険料納付方法変更申請書 | | | | | | | | | | | | | |
| 届出者名 | | |  | | | | | | 本人との関係 |  | | | |
| 届出者住所 | | |  | | | | | | 電話番号 |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |  |  | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | |  | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | |  | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | | | | |
| 振替口座 | 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | |
| 別添口座振替依頼書のとおり | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 身延町長　様 | | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療保険料の納付方法に関する変更について申請します。  なお、口座振替先指定口座の残高不足等により支払いに滞りが生じた際、口座振替の納付方法による納付方法が困難と判断した場合は、職権にて特別徴収の納付方法に変更することを承諾します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | 申請者　氏名 | | |  | | | | | 印 | |
|  | |  | |  | | |  | | | |  | | |
| ※　申請者は、必ず被保険者名となります。  ※　届出者と申請者が異なる場合には、届出者を確認できる書類（身分証明等）を提示していただき、場合によっては写しを裏面に添付してください。  ※　口座振替での納付不能となった場合の保険料滞納者は被保険者本人となります。  ※　審査により口座振替が認められない場合もありますので、ご了承ください。  ※　後日切替通知書（または却下通知書）を送付いたしますので、必ずご確認ください。  ※　被保険者（送付先変更者を除く）の方には、後日納入通知書が届きます。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 町確認欄 | |  | | | |  | |  | | |  | | |
| 受付者 | | 処理確認日 | | | | 現納付方法 | | 届出者滞納状況 | | | 開始期別 | | |
|  | |  | | | |  | |  | | | 特徴廃止 | | 月 |
| 普徴開始 | | 月 |