

# 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

年 月 日

栗東市長 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ます。

なお、口座振替の指定口座の残高不足等により、口座振替による保険料の支払ができなかった場合は、年金からの特別徴収の方法に変更することを承諾します。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※申出者が被保険者本人以外の場合は裏面の「委任状」が必要です

被 保 険 者	氏 名		被保険者証 番号	
	住 所	栗東市		
	電話番号	( )		

振替口座	別添、口座振替依頼書(写)のとおり
------	-------------------

(栗東市記載欄)

(生年月日 年 月 日)

(裏面)

# 委 任 状

年 月 日

栗東市長 様

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる届出並びに申請における権限を委任する。

被 保 険 者	住 所	栗東市
	氏 名	

代 理 人	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	電話番号	