

受付区分	担当印
来庁・電話	

後期高齢者医療保険料納付方法選択申出書

帯広市長 様

後期高齢者医療保険料の納付について、特別徴収（年金天引き）から口座振替（普通徴収）へ変更することを希望するため、申し出します。

※太枠の中を記入してください。

申 出 年 月 日	令和 年 月 日		被保険者番号	
			住民コード	
申 出 した 人	1. 本人	申 出 人 氏 名		
	2. 配偶者			
	3. 同居家族	電 話		
	4. 同居家族以外 (続柄)			
住 所	帯広市			
被保険者 氏 名			被保険者 生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
●留意事項 口座振替に変更後、保険料の未納があった場合は、特別徴収に変更される場合がありますので、確実に引き落としのできる振替口座をご指定ください。				

市 記 載 欄				
受付時の 確認項目 (来庁・電話)	<input type="checkbox"/> 特別徴収により保険料を納付する(している)者であるか <input type="checkbox"/> 口座振替依頼があるか <input type="checkbox"/> 特別徴収の停止予定時期について説明したか <input type="checkbox"/> 納付方法について説明したか (口座振替は当月又は来月から開始され、次月以降に通知されること等) <input type="checkbox"/> 申し出以降に保険料の滞納が発生した場合を説明したか (特別徴収に変更される場合があること) <input type="checkbox"/> 印鑑相違・不鮮明等があった場合は、特別徴収停止が遅れることがあることを説明したか <input type="checkbox"/> 電話申し出の場合、申し出項目(申し出人記載欄)をすべて聞き取りしたか			
特記事項				
	内容確認		入力	入力確認