

稲城市後期高齢者医療保険料特別徴収中止申出書

年 月 日

稲城市長 宛

下記被保険者の後期高齢者医療保険料の納付方法について、普通徴収の口座振替により納付することを希望します。

つきましては、末尾記載の【注意事項】に同意しますので、特別徴収の中止を申し出ます。

記

被保険者番号		生 年 月 日	年 月 日
被保険者氏名			
住 所			
申出者氏名	（※被保険者本人の場合は記入不要） 続柄（ ）		
電 話 番 号			

【注意事項】

- 本申出により、特別徴収を中止された後は、後述の理由又は様式第3号による再開申出がない限り、原則翌年度以降も口座振替を行います。
- 預金残高不足等の理由により口座振替ができず、後期高齢者医療保険料が滞納となったときは、特別徴収に変更となります。

（市役所記入欄）

特別徴収中止期日 年度 期（ 年 月）