

後期高齢者医療保険料 口座振替廃止届書

令和 年 月 日

(宛先) 柳井市長

(〒)

住 所

氏 名

口座振替の取扱いを下記により廃止したいので届け出ます。

記

被保険者番号															
被保険者氏名		生年月日				明・大・昭 年 月 日									
指定口座	金融機関名	銀 行 信用金庫 農業協同組合										本店・支店 本所・支所 出張所			
	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他			口座番号										
	口座名義人	(カタカナで記入すること)													
振替廃止日		令和 年 月 日				廃止の理由		☐ 被保険者の死亡 ☐ 預金口座の解約 ☐ その他 ()							

納 付 (未 ・ 済)

納付書渡 (未 ・ 済)

受付