

後期高齢者医療保険料特別徴収停止申出書

申出日 令和 年 月 日

私は下記の留意事項に了承し、後期高齢者医療保険料の特別徴収の停止を申し出ます。

被保険者番号			
氏名	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
住所	福井市		
連絡先	(自宅)	— —	(様方)
	(携帯)	— —	

～ 留意事項 ～

- ・この申し出をした後、後期高齢者医療保険料の口座振替申込を解約した場合や後期高齢者医療保険料を滞納した場合は、翌年度の10月以降に、特別徴収に切り替わる場合があります。
- ・後期高齢者医療保険料の口座振替について、被保険者本人又は連帯納付義務者（世帯主若しくは配偶者）以外の口座とすることができますが、この口座での納付が滞った場合の納付義務は、被保険者本人又は連帯納付義務者となります。

特別徴収停止後の振替口座名義人	被保険者本人 ・ 連帯納付義務者 ・ 左記以外（続柄：)
-----------------	-------------------------------

*連帯納付義務者：被保険者本人以外の世帯主又は配偶者

委任状

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。

上記被保険者の後期高齢者医療保険料の特別徴収停止の申し出に関すること。

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ ⑩

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ ⑩ (続柄)

市処理欄

受付者	申請者確認	受付日	適否	入力処理	口座振替	備考
	未・確 ()	年 月 日	適 ・ 否		金融機関 窓口 未(年 月予定)	