

# 後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

あて先 日野市長

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(〒 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

届出者

※届出者と申請者が同じ場合は「氏名」、「生年月日」のみ記入し、その他は省略可

申請者 「被保険者」	氏名	フリガナ	被保険者番号(記入不要)						
	生年月日	明治 _____ 年 _____ 月 _____ 日 大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	変更理由	1. 年金天引きを停止 2. 年金天引きを復活					
	住所	(〒 _____ )							
	連絡先 (電話)			届出者から 見た続柄					

【お問い合わせ先】

〒191-8686 日野市神明1-12-1

日野市市民部保険年金課高齢者医療係

電話（直通）042-514-8293