文書番号

　発行年月日

＜後期高齢者医療保険料口座振替開始（変更）のお知らせ＞

郵便還付先

印

自治体の名称



|  |
| --- |
| **タイトル** |

|  |
| --- |
| 案内文 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替開始年月 | | 口座振替開始年月　　　　振替開始期別   |  | | --- | | 補足説明文１ | | | |
| 振替口座 | 金融機関 | 金融機関名 | | |
| 金融機関支店名 | | |
| 口座種目 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  | | |

|  |
| --- |
| 補足説明文２ |

問い合わせ先

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号　担当部署FAX番号　担当部署メール