文書番号

＜後期高齢者医療保険料口座振替済通知兼納付額証明書＞

窓あき宛名

郵便還付先

|  |
| --- |
| タイトル |

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

|  |
| --- |
| 固定文言１　集計開始日　集計終了日 |
| 案内文１ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相当年度 | 賦課年度 | 期別 | | 振替  済額 | 振替日 | 口座情報 | 備考  （固定文言２） |
|  |  |  | |  |  |  | 固定文言３＋編集１ |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| 振替済額期間合計 | | |  | |  |  |  |

|  |
| --- |
| 案内文２ |

発行年月日

印

問い合わせ先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 自治体の名称

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

P.ページ数／総ページ数