第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**介護保険料口座振替不能通知書**

**固定文言１＋編集１**

　口座振替により支払っていただくことになっていましたあなたの介護保険料は、次の理由により振替できませんでした。

　同封の納付書で、　　　　年　　月　　日までに必ず納めてください。

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

　 １ 振替不能の保険料額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 賦課年度 |  | 調定年度 |  |
| 期別 |  | 金額 |  |
| 振替できなかった  理由 |  | | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集２** | | | |

**固定文言４**

　 ２ 督促及び延滞金

　　　保険料をこのまま納付されないと、督促状が発送されるほか延滞金が徴収されます。

　　なお、延滞金は納期限の翌日から納付の日までの期間の日数に応じ、保険料額を基礎として

　　計算した額です。

**自由記載１**

振替不能となった口座情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | | |
|  | | |
| 口座種目 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

**自由記載１**