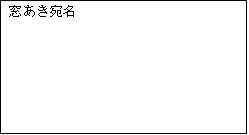
文書番号

＜後期高齢者医療保険料口座振替不能通知書＞

発行年月日



自治体の名称

印

郵便還付先

|  |
| --- |
| タイトル相当年度 |

|  |  |
| --- | --- |
| 案内文 | |
|  | |
| 通知書文言 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名  金融機関支店名 |  | | |
| 預金種目 |  | 口座番号  口座名義人 |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |

1. 振替不能の保険料額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相当年度年度 期別番号  （賦課年度年度賦課分） | | 金　額 | 円 |
| 振替できなかった理由 |  | | |
| 備　　　　　　考  （固定文言１） | 固定文言２＋編集１ | | |

|  |
| --- |
| 補足説明タイトル |
| 補足説明文  延滞金加算率 |

|  |  |
| --- | --- |
| 納期限名称 | 納期限 |

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