

稲城市後期高齢者医療保険料特別徴収再開申出書

年 月 日

稲城市長 宛

下記被保険者の後期高齢者医療保険料の納付方法について、特別徴収により納付することを希望します。

つきましては、末尾記載の【注意事項】に同意しますので、特別徴収の再開を申し出ます。

記

被保険者番号		生 年 月 日	年 月 日
被保険者氏名			
住 所			
申 出 者 氏 名	（※被保険者本人の場合は記入不要） 続柄（ ）		
電 話 番 号			

【注意事項】

- 特別徴収が再開されるまでの間については、口座振替にて保険料をお支払いただきます。また、事情により特別徴収が再開できないとき、又は特別徴収を中断する場合も同様です。
- 再開時期は10月になります。詳しくは事前に送付する保険料決定通知書を確認してください。
- 本申出により、特別徴収を再開された後は、様式第1号による特別徴収中止申出がない限り、原則翌年度以降も特別徴収となります。