

年金天引き中止申出書

| | | | |
|---------|--|--------|--|
| 届出者 | | 本人との関係 | |
| 連絡先電話番号 | | | |

【天引き中止対象被保険者】

| | |
|-------------|----------------------------|
| 被 保 険 者 番 号 | ※ 被保険者証に記載されている番号をご記入ください。 |
| 氏 名 | |
| 住 所 | |
| 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 |

越前町長 様

上記のとおり、後期高齢者医療保険料について年金からの天引きを中止し、口座振替により納付したいので申出いたします。

平成 年 月 日

申出者（被保険者）

氏 名 _____ 印

電 話 番 号 _____