福山市後期高齢者医療保険料　口座振替依頼書
自動払込受付通知書

年　　月　　日

福　山　市　長　　様

福山市保管用

納付義務者
住　　所

フリガナ

名　　前　　印

生年月日
年　　月　　日生

電話番号
（　　）　　－

日中の連絡先
（携帯電話等）　（　　）　　－

後期高齢者医療保険料を指定預（貯）金口座から口座振替により納付しますので、次の事項を確認の上依頼します。

振替依頼する科目	後期高齢者医療保険料	科目コード	46

指定預（貯）金口座				
金融機関（ゆうちょ銀行以外）	金融機関コード		預金種別	口座番号（右づめで記入）
	銀行　：　農協 信用金庫　：　漁協 信用組合　：　労働金庫	支店	1　普通 2　当座	
ゆうちょ銀行	振込先口座番号	01350-4-960063	払込先加入者名	福山市会計管理者
	種目コード 契約種別コード 166-28	記号（6桁目がある場合は※欄に記入） 1　0　※	番号（右づめで記入）	
	ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込み規定が適用されます。			
住　所				
フリガナ				
名　前				

振替（払込）日	市が指定する日	振替金額	市が指定する金額

1 私が依頼した科目の納付すべき金額について、市から貴金融機関に通知される金額に基づき、指定預（貯）金口座から当該金額を引き落としの上、市へ納付してください。
2 私が納付すべき金額を名義人の指定預（貯）金口座から引き落とすことについては、名義人の了解を得ているので、このことによる一切の責めは私が負います。
3 電子計算機により処理した振替科目、振替金額、指定預（貯）金口座等、口座振替に必要な情報を依頼した金融機関に提供することについて同意します。

福山市会計課使用欄	
入力	照合

上記口座振替について承認します。	ゆうちょ銀行／取扱店日附印
年　　月　　日 （取扱金融機関） 印	

※依頼書の流れ　（依頼者→金融機関→福山市会計課保管）

2012-後-56　A４　ノンカーボン40　2023.7　4,500