

記入例

福山市後期高齢者医療保険料

口座振替依頼書
自動払込利用申込書

取扱金融機関様

金融機関提出用

〇〇〇〇年 △△月 ××日

納付義務者の住所・
名前・生年月日・電
話番号を記入して押
印してください。

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。

名 前 福山 太郎
フリガナ フクヤマ タロウ
生年月日 昭和20年 4月 24日生
電話番号 (084) 921 - 1234
日中の連絡先 (090) 1234 - 1234
(携帯電話等)

住所 福山市東桜町3番5号
フリガナ フクヤマ タロウ
名 前 福山 太郎
印

振替依頼する科目 後期高齢者医療保険料

金融機関コード	種目コード	振込先口座番号	信用組合	信用金庫	農協	銀行
		01350-4-960063	労働金庫	福山	福山	福山
預金種別	口座番号	払込先加入者名	支店	当座	普通	1
	0012345	福山市会計管理者	東桜	2	0012345	

種目コード	記号	振込先口座番号	種目コード	振込先口座番号
	0	01350-4-960063	1	166-28
番号	振込先口座番号	種目コード	記号	振込先口座番号

住所	フリガナ	名 前
福山市東桜町3番5号	フクヤマ タロウ	福山 太郎

太枠内に、口座振替を行う
預（貯）金口座と口座名義
人を必ずで記入ください。

金融機関届出印
を押印してくだ
さい。

福山
金融機関
届出印

この用紙は、口座振替を申し込む金融機関の窓口に提出してください。

お問合せ先

福山市役所 保険年金課 後期高齢者医療担当 084-928-1411