

後期高齢者医療保険料特別徴収仮徴収額平準化申出書

年 月 日

東 海 市 長 様

私は、後期高齢者医療保険料特別徴収仮徴収額を修正し、年間を通して平準化することを希望し、その旨、申し出いたします。

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号	
	住 所	東海市		
	電話番号		生年月日	

- ※ 年間保険料額に変更はありません。
- ※ この特別徴収の平準化は、毎年 of 年間保険料額が同程度と想定して行います。そのため、今年度の年間保険料額に比べて来年度の年間保険料額が大幅に増減した場合には、翌年度の仮徴収額と本徴収額の差が大きくなる場合があります。

受 付 者		入 力 者		確 認 者	
-------------	--	-------------	--	-------------	--