

年 月 日

様

後期高齢者医療保険料仮徴収額変更通知書

年度分の後期高齢者医療保険料仮徴収額を次のとおり変更しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
性別		生年月日	
住所			
決定年月日		決定理由	
変更後仮徴収額 合計		円	円

仮徴収額は、前年度の保険料から算定した、仮徴収期（4月から8月）に年金からお納めいただく保険料額です。

島田市長

印

年金支払月ごとの仮徴収額は次のとおりです。

あなた様の納付方法は下記のとおりです。

納付方法	年金支払月	特別徴収される保険料額	
		変更後	変更前
特別徴収義務者	4月	円	円
特別徴収対象年金	6月	円	円
	8月	円	円
特別徴収年金給付額	仮徴収額合計	円	円

問い合わせ先

不服申立等の教示文
