

後期高齢者医療保険料納付（分納）誓約書

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

納付義務者（被保険者）

住 所

氏 名

印

電話番号

私は、次の理由により後期高齢者医療保険料を一時に納付できません。

つきましては、後期高齢者医療保険料を、徴収猶予期間終了後に下記の納付（分納）計画のとおり納付することを誓約します。

なお、納付（分納）計画の誓約が不履行と認められたときは、茨城県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療保険料の減免等に関する取扱要綱第9条及びその他の関係法令に基づいて、徴収猶予の決定を取り消されても異議はありません。

被保険者の氏名		被保険者番号	
---------	--	--------	--

1 申請理由

2 納付計画

納付すべき保険料の内訳			保険料の分納金額及び納付期日		
納 期	保険料額	未納額	納付金額	納付年月日	備 考
計					