

国民健康保険税納付方法変更申出書

申出年月日 年 月 日

河北町長 様

私は、国民健康保険税を口座振替により納付することを希望し、その旨、必要書類を添えて申し出します。

世帯主	氏 名		保険証番号	
	住 所	〒 河北町		
	電話番号	()		

振替口座	金融機関名	銀行 ・ 組合 金庫 ・ 農協	支店名	本 ・ 支店 出張所
	口座種別	普通 ・ 当座 ・	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人		世帯主 との続柄	

※ 世帯主ご本人が申し出される場合は、下記の欄は記入不要です。

申出者	氏 名		世帯主 との続柄	
	住 所	〒		
	電話番号	()		

【 市町村処理欄 】

○ 口座振替手続きの完了・未了の確認（１，２のいずれかに○）

１．これまでの登録口座より引き続き口座振替をする。

２．新たに口座振替の申し込みを行う。 完了 ・ 未了（いずれかに○）