国民健康保険税納付方法変更申出書

令和　　年　　月　　日

西 原 町 長　殿

私は、特別徴収（年金天引き）を停止し、普通徴収（口座振替）による国民健康保険税の納付を希望します。

通知書番号		被保険者番号（国保番号）	
申 出 者 （ 被保険者 ）	フリガナ		
	氏　　名		
	生年月日	昭和　　年　　月　　日	
	住　　所	電話番号　　（　　）	
届 出 者 （ 被保険者以外の場合 ）	氏　　名	続柄（　　）	
	住　　所	電話番号　　（　　）	

高齢者の医療の確保に関する法律施行令により

国民健康保険税を（①　被保険者本人　②　配偶者　③　その他（　　））の口座からの振替を希望します。

口 座 名 義 人 住 所	
口 座 名 義 人 氏 名	続柄（　　）

※なるべく金融機関で口座振替の手続きをしてもらう。

令和　　年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特別徴収停止月	○	／	○	／	○	／	○	／	○	／	○	／
口座振替開始月	／	／	／	○	○	○	○	○	○	○	○	／