

国民健康保険税納付方法変更申出書

年 月 日

広川町長 殿

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いたします。

国保世帯主	氏名	⑨	主宛名番号	
	住所	広川町大字 番地		
	電話番号	()		

振替口座	金融機関名	銀行・信金 農協		支店名	本店 支店
	口座種別	普通・当座		口座番号	
	郵便局コード	通帳記号	の	通帳番号	
	9900	1	0		
	(フリガナ) 口座名義人	-----			国保世帯主との続柄

(以下広川町処理欄)

【認定要件】

- ・ 口座振替による納付が確実にできること。
- ・ 国民健康保険税の滞納がないこと。

- ・ 国保資格取得年月日 _____ 年 月 日
- ・ 特別事情（滞納について考慮すべき事由があれば以下に記載）
