

国民健康保険税納付方法変更申出書

平成 年 月 日

阿 賀 町 長 様

私は、下記の要件を満たしているため、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、申し出いたします。

〈要件〉

- ① 過去2年間の国民健康保険税を滞納なく納付していること。
- ② 今後の国民健康保険税を口座振替により納付すること。

【申出者記入欄】

住 所	〒
電話番号	
国保番号	
世帯主の氏名	
申出者の氏名	※世帯主が申し出される場合は、記入不要

《以下、町記入欄》

○ 過去2年間の国民健康保険税の納付状況の確認

- ・ 国保資格取得年月日 年 月 日
- ・ 過去2年間の納期数 月（うち納付済月数 月）
- ・ 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）

○ 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（いずれに○）