

国民健康保険税納付方法変更申出書

年 月 日

嘉 麻 市 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。

被 保 険 者	氏 名	㊟	被保険者証番号	
	住 所			
	電話番号			

市 記 入 欄

【口座状況】

- ・ 口座有
- ・ 口座申請済 ⇒ 口座振替依頼書の開始希望月は必ず受付月の翌月を記入

【変更期日】 年 月の年金天引き分から中止

※ 受付月の3ヶ月以上後に支給される年金でないと天引き中止ができません

5月31日までに申請受付した場合	⇒8月の年金天引き分から中止可能
7月31日までに申請受付した場合	⇒10月の年金天引き分から中止可能
9月30日までに申請受付した場合	⇒12月の年金天引き分から中止可能
11月30日までに申請受付した場合	⇒2月の年金天引き分から中止可能
1月31日までに申請受付した場合	⇒4月の年金天引き分から中止可能
3月31日までに申請受付した場合	⇒6月の年金天引き分から中止可能