

別記様式第3号（第6条関係）

国民健康保険税納付方法変更の撤回申出書

年 月 日

美 祢 市 長 様

年 月 日付で申し出た国民健康保険税の納付方法の変更につきまして、撤回をしたいので申し出いたします。

申出者（世帯主）

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

(1) 対象者

住 所	
世帯主の氏名	
被保険者証番号	

(2) 口座振替

金融機関名		支店名	
口座種別		口座番号	
口座名義人	フリガナ		被保険者 との続柄