

国民健康保険税代納者 登録
変更
取消 申請書

(宛先) 珠洲市長

次の者を国民健康保険税の代納者として (登録 ・ 変更 ・ 取消) したいので申請します。

年 月 日

【納税義務者 (世帯主)】

被保険者 珠
記号番号

住 所

氏 名

電話番号

登 変 取 録 更 消 代 納 者	フリガナ	
	氏 名	納税義務者との続柄 ()
	住 所	〒 - 電話番号 () -
申 請 理 由		

代理権の確認

身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)

番号確認

<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: No. ()) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> No. ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
--	----	--	--	---