様式第7号(第17条関係)

年　　月　　日

　　能代市長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　(世帯主)

　　　　　　　　　　　　　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　電話

保険給付からの国民健康保険税充当同意書

　　私に支給される　　　　年　　月診療分から　　　　年　　月診療分までの保険給付　　　　　　円については、当該支給金額から全額(一部)を私の国民健康保険税に充当することに同意します。(一部の場合は、　　　％充当することとし、100円未満の端数は切り上げします。)

　1　国民健康保険税の納税義務者

　　　住所

　　　氏名(世帯主)

　2　保険給付申請者(申請者が納税義務者と異なる場合に記入)

　　　住所

　　　氏名