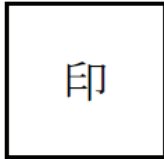


葉書宛名

(お問い合わせ先)
〒000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話番号 000-000-0000

年 月 日
〇〇市長
〇〇 〇〇



国民健康保険料（税）口座振替開始通知

科目	全納/期別
義務者氏名	開始時期

振替口座			
金融機関名			
支店名			
預金種目		口座番号	
名義人			