保険税納付同意書

年 月 日

湯 沢 市 長 様

住所

氏名

電話

私に支給される保険給付金(特別療養費 円)については、
当該支給金額から 円を滞納している国民健康保険税に充当す
ることに同意します。

1 国民健康保険税の納付義務者

住所

氏名

2 保険給付申請者

住所

氏名

(申請者が納付義務者と異なる場合に記入してください。)