

## 国民健康保険税特別徴収停止申出書

申出日 令和 年 月 日

私は下記の留意事項に了承し、国民健康保険税の特別徴収停止を申し出ます。

記号番号	井 福	—	—
住 所	福井市		
納税義務者氏名		電話番号	自宅 —
			携帯 — —

## ～留意事項～

- この特別徴収停止の申出を行うには、今後の国民健康保険税を口座振替により納付することが原則となります。
- 健康保険の保険者が年金保険者に特別徴収依頼を行った後に、この申出をされた場合、申出受付月の4ヶ月後以降の年金支給分から特別徴収停止となりますので、それまでの年金支給分からは特別徴収されます。
- この申出をされた後、国民健康保険税の振替口座を解約された場合や国民健康保険税を滞納された場合は、特別徴収に切り替わる場合がございます。

停 止 理 由	・ 口座振替により確実に納付するため
	・ 災害(火災・地震・水害・その他) (災害の程度 )
	・ その他特別な事情により特別徴収が適当でないため (特別な事情 )

(代理人の場合) 代理人住所

代理人氏名 (続柄 )

電話番号

(申出者が納税義務者本人以外の場合のみ記入)

受付者	受付日	申請者確認	入 力	備 考
	令和 年 月 日	未・確 ( )	令和 年度仮徴収分	口座登録 有
			令和 年度本徴収分	口座申請 済
				保険税未納 無
				未納分納付 済

# 委任状

福井市長 様

令和 年 月 日

代理人(窓口に来られた人)	住所
	氏名
	生年月日 大・昭・平・令・西暦 年 月 日

私は、上記の者を代理人として、国民健康保険税の特別徴収停止の申し出に関する権限を委任します。

納税義務者本人	住所
	氏名

(注意事項)

1. 委任状は、必ず本人が自署してください。