令和　　年　　月　　日

つがる市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者（口座名義人）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |

口座名義変更届

（国民健康保険）

　私は、以下のとおり口座名義人氏名のフリガナを変更したので届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給対象者還付対象者 | 氏名 |  | 住所 | □届出者と同じ |
| 金融機関名称 | 本・支店名 | 種別 | 口座番号 |
|  |  | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更前の口座名義人氏名カナ | 変更後の口座名義人氏名カナ |
|  |  |

※この届け出の日以降に支払決定する給付又は還付に対して変更されます。

添付書類

　・フリガナ氏名を変更した後の通帳の写し