**国民健康保険税充当承諾書**

　年　　月　　日

菰野町長

（世帯主）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月分 | 療養費　・　高額療養費　・　特別療養費 |
| 支給金額 |  |
| 充当金額 |  |

私は、上記の受領及び精算の権限を貴町に委任しますので、次のとおり国民健康保険税に充当してください。

　充当内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 賦課年度 | 期・月 | 金額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |