

様式第2号(第3条関係)

同 意 書

私は、北塩原村国民健康保険における世帯主の変更に関する事務取扱要綱に基づき、世帯主を変更することに同意いたします。

様

年 月 日

旧世帯主氏名

---

(注) 旧世帯主氏名は、必ず本人が自書してください。