

後期高齢者医療保険料納付済額通知書交付申請書

(あて先) 十和田市 国民健康保険課

次のとおり 平成・令和 _____ 年分の後期高齢者医療保険料納付済額通知書の交付を申請します。

※太枠の中をご記入ください。		申請年月日	令和	年	月	日
被 保 険 者	フリガナ					
	氏名					
	被保険者番号					
	住所					
	生年月日	□明治	□大正	□昭和	年	月

申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人...下記の代理人欄にご記入下さい。
-----	---

代 理 人	代理人氏名					
	被保険者との関係					
	代理人住所					
	(電話番号)					

※本人または同一世帯の方以外が申請される場合は、委任状が必要です。
※申請者の本人確認をしますので、マイナンバーカードや運転免許証等の提示をお願いします。

<市処理欄>

受付年月日	令和 年 月 日	<申請者の確認書類>			
証明書交付 年月日	□ 窓口 令和 年 月 日	□ 運転免許証	□ 健康保険証		
	□ 郵送 令和 年 月 日	□ 年金手帳	□ 介護被保険者証		
		□ 外国人登録証	□ パスポート (旅券)		
		□ その他 ()			
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	担 当	受 付