

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 国保年金課

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										
		(電話番号) — —									
	生年月日	☐ 明治		☐ 大正		☐ 昭和		年		月 日	

申 請 者	☐ 本人 ☐ 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										
	☐ 配偶者 ☐ 同居親族 ☐ 法定代理人 ☐ その他()										
	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> ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他 () ※その他の身分証明は公的機関発行の写 真付のものに限る					
証明書交付 年月日	☐ 窓口 令和 年 月 日									
	☐ 郵送 令和 年 月 日									
決 裁	課 長	課長補佐		係 長	担 当	受 付				