

後期高齢者医療保険料納付証明申請書

石垣市長 様

令和 年 月 日

1.どなたの証明が必要ですか。

被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所			
フリガナ			
氏 名			
電話番号			

2.申請者（本人の方は記入不要です）

住 所			
フリガナ			
氏 名			
続 柄		電話番号	

※家族以外の方が申請する場合は、委任状(裏面)の記入が必要となります。

3.証明期間

年分	1月～12月に納められた保険料	通
年分	1月～12月に納められた保険料	通
年分	1月～12月に納められた保険料	通

4.使用目的

<input type="checkbox"/> 確定申告 <input type="checkbox"/> その他（ ）

職員確認欄（受付： ）

本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険者証 <input type="checkbox"/> その他		
納付区分	<input type="checkbox"/> 特徴 <input type="checkbox"/> 普徴 <input type="checkbox"/> 併徴 <input type="checkbox"/> 口座		
発行枚数	通	手数料	円

証紙
貼付