

☒ 国民健康保険料

納付証明書・納付確認書 願

☐ 後期高齢者医療保険料

見本

(宛先) 東大阪市長

年 月 日

納付義務者	通知書番号(国保)	1 2 3 4 5 6 7 8		
	被保険者番号(後期)			
	住 所	〒 577 - 1234 東大阪市荒本北 1 - 1 - 1		
	フリガナ	ヒガシオオサカ タロウ		
	氏 名	東大阪 太郎		
生年月日	明・大 昭・平 西 暦	〇〇 年	〇〇 月	〇〇 日

申 請 者 窓 口 に こられた方	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	申請される方がご本人である場合は、住所と氏名の記載は不要		
	<input checked="" type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()	住 所	〒 - 同上	
		フリガナ	ヒガシオオサカ ハナコ	
		氏 名	東大阪 花子	

○ 窓口にこられた方は、自身を証明できるものを提示してください。

○ 同居の家族以外の方が申請する場合、委任状が必要です。

提 出 先 (使用目的)	<input checked="" type="checkbox"/> 税務署へ確定申告 <input type="checkbox"/> 市役所へ市府民税申告 <input type="checkbox"/> 会社へ年末調整等* <input type="checkbox"/> 金融機関へ融資手続き等*	<input type="checkbox"/> 裁判所へ提出* <input type="checkbox"/> 司法書士、弁護士等へ提出* <input type="checkbox"/> その他()*
必要なもの	<input checked="" type="checkbox"/> 納付確認書(無料)	<input type="checkbox"/> 納付証明書(1通 300円)
納付期間	元号〇〇年〇〇月〇〇日 から 元号〇〇年〇〇月〇〇日 まで	1 通
	年 月 日 から 年 月 日 まで	通
	年 月 日 から 年 月 日 まで	通

* 納付証明書(1通 300円)が必要かどうかは、提出先にご確認ください。

納付確認書 送付登録	翌年以降、納付確認書をご自宅に送付希望の方は記入してください。 一度登録していただきましたら、改めての送付登録は必要ありません。 ※納付確認書の送付が不必要になった場合は連絡をお願いします。			
	<input type="checkbox"/> 1月下旬(確定申告用) ←年に一度1月に納付確認書の郵送を希望する場合			
市役所記入欄	確認書類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(個人番号カード) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 保険料の通知書 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 委任状添付 有・無	窓 口	本 日・四・中・若・楠・布・近
			<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> VISA/MASTER <input type="checkbox"/> 銀聯	
			<input type="checkbox"/> 電子マネー <input type="checkbox"/> QRコード	
			受 付	FAX