

国民健康保険料納付証明書交付願

見本

川崎市国民健康保険料の納付証明書の交付をお願いします。

(あて先)川崎市 区長 年 月 日

※太枠の中だけ記入してください。

納付義務者	被保険者番号	1234567					
	住所	〒555-1234 川崎市川崎区宮本町1-1-1					
	電話番号	(●●●) ●●●●-●●●●					
	フリガナ	カワサキ タロウ					
	氏名	川崎 太郎					
生年月日	大・昭和 平・令 西暦	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日

交付をお願い 出る方  窓口 に こられた方	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 (交付をお願い出る方が、ご本人である場合は、住所等の記載は不要です)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 同一世帯の方 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ( )	住所	〒 同上
		電話番号	( ) -
		フリガナ	カワサキ ハナコ
	氏名	川崎 花子	

○ 窓口にごられた方は、自身を証明できるもの(公的証明書等)を提示してください。  
○ 同一世帯以外の方が交付をお願い出る場合、委任状が必要です。

提出先 (使用目的)	<input checked="" type="checkbox"/> 在留申請・更新手続き <input type="checkbox"/> その他( )				
必要な納付年	令和 6 年度	1	通	年度	通
	年度		通	年度	通
	年度		通	年度	通

○ 原則、当該年を含む5年間です。

川崎市記入欄	確認書類	1点の提示で可 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <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"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他官公署が発行する顔写真付身分証明書 (書類名: )	備考			
		受付印				
		2つ以上の提示で可 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> その他氏名等の記載がある書類 (書類名: )  ※委任状添付 有・無				

※納付証明は、確定申告や年末調整には使えませんのでご注意ください。