

国民健康保険料 後期高齢者医療保険料

納付証明書・納付確認書 願

見本

(宛先) 東大阪市長

年 月 日

納付義務者	通知書番号(国保) 被保険者番号(後期)	12345678
	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	○○ 年 ○○ 月 ○○ 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	〒 一 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"/> 裁判所へ提出*
	<input type="checkbox"/> 市役所へ市民税申告	<input type="checkbox"/> 司法書士、弁護士等へ提出*
	<input type="checkbox"/> 会社へ年末調整等*	<input type="checkbox"/> その他()*
	<input type="checkbox"/> 金融機関へ融資手続き等*	
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)
	元号○○年○○月○○日 から 元号○○年○○月○○日 まで	1 通
納付期間	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	作 成	交 付		