

後期高齢者医療保険料納付確認書（再）交付申請書

木津川市長 宛て

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	大正 昭和 年 月 日
	住 所	木津川市
	電話番号	
申 請 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ
	被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ
	電話番号	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ
必要な年	令和 年 ※当該年の1月1日から12月31日までに納付した保険料のうち、交付日時時点で納付確認ができる金額です。 ※複数年必要な場合は、余白にその旨記載してください。	
利用目的	<input type="checkbox"/> 確定申告に利用するため <input type="checkbox"/> その他（ ）	