

後期高齢者医療保険料納付証明書交付申請書

申請年月日 年 月 日

| | |
|----------------|--|
| 被保険者番号 | |
| ふりがな 被保険者氏名 | |
| 生年月日 | |
| 住 所 | |
| 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() |
| 申請者住所 | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ |
| 申請者電話番号 | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ |
| 証明が必要な年 | ※令和○年と記入された場合、令和○年1月1日から12月31日までに納付した保険料を証明します。ただし、交付日時時点で納付確認ができる金額に限ります。 |