

納付証明書交付申請書

平川市長 様

次のとおり_____年に支払った 国民健康保険税
 後期高齢者医療保険料 介護保険料について、納付証明書の交付を申請します。

※太枠の中をご記入ください。

		申請日	令和 年 月 日		
申請者 (来庁された方)	フリガナ				
	氏名				続柄
	住所	電話番号			
生年月日	大・昭・平 年 月 日				
被保険者 (世帯主 または 必要な方)	<input type="checkbox"/> 申請者本人				
	フリガナ				
	氏名				
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
生年月日	大・昭・平 年 月 日				電話番号
使用目的	1. 年末調整・申告等のため				
	2. その他				
必要枚数	国民健康保険税	枚			
	後期高齢者医療保険料	枚			
	介護保険料	枚			

申請者
確認欄

- 運転免許証
- マイナンバーカード
- その他()

取扱担当者