

後期高齢者医療保険料納付証明等申請書

(宛先) 秋田市長

次のとおり申請します。

年 月 日

被保険者番号							
フリガナ							
被保険者氏名							
被保険者住所	〒 ー						電話番号 ()
証明等内容	年 (年度) 分 (※保険料額は年度)						
証明等種別	<input type="checkbox"/> 納付証明書 (1通300円) <input type="checkbox"/> 納付済額のお知らせ <input type="checkbox"/> 保険料額						
使用目的	<input type="checkbox"/> 税務申告資料 <input type="checkbox"/> その他 ()						

申請者が被保険者本人以外の場合記入してください。

フリガナ		被保険者との関係	
申請者氏名			
申請者住所	〒 ー		
	電話番号 ()		

後期高齢医療課決裁欄

課長	課長補佐	収納管理担当	担当者	受付者

備考 身元確認：本人 マイナンバーカード・免許証・手帳・その他 ()
代理権 マイナンバーカード・資格確認書・納通・その他 ()
提供方法：窓口交付済 ・ 郵送済 ・ 郵送 キャッシュレス

後期高齢者医療保険料納付証明等申請書

(宛先) 秋田市長

次のとおり申請します。

○年○月○日

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0
フリガナ	アキタ タロウ							
被保険者氏名	秋田 太郎							
被保険者住所	〒 010 - 〇〇〇〇 秋田市山王〇丁目〇番〇号 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇							
証明等内容	令和〇年(年度)分(※保険料額は年度)							
証明等種別	<input type="checkbox"/> 納付証明書(1通300円) <input checked="" type="checkbox"/> 納付済額のお知らせ <input type="checkbox"/> 保険料額							
使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 税務申告資料 <input type="checkbox"/> その他()							

申請者が被保険者本人以外の場合記入してください。

フリガナ	アキタ イチロウ	被保険者との関係	長男
申請者氏名	秋田 一郎		
申請者住所	〒 010 - △△△△ 秋田市山王△丁目△番△号 電話番号 △△△(△△△)△△△△		

後期高齢医療課決裁欄

課長	課長補佐	収納管理担当	担当者	受付者

備考 身元確認：本人 マイナンバーカード・免許証・手帳・その他()
代理権 マイナンバーカード・資格確認書・納通・その他()
提供方法：窓口交付済 ・ 郵送済 ・ 郵送 キャッシュレス

後期高齢者医療保険料納付証明等申請書

(宛先) 秋田市長

次のとおり申請します。

○年○月○日

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0
フリガナ	アキタ タロウ							
被保険者氏名	秋田 太郎							
被保険者住所	〒 010 - 〇〇〇〇 秋田市山王〇丁目〇番〇号 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇							
証明等内容	令和〇年(年度)分(※保険料額は年度)							
証明等種別	<input type="checkbox"/> 納付証明書(1通300円) <input type="checkbox"/> 納付済額のお知らせ <input checked="" type="checkbox"/> 保険料額							
使用目的	<input type="checkbox"/> 税務申告資料 <input checked="" type="checkbox"/> その他(今年度保険料額の確認のため)							

申請者が被保険者本人以外の場合記入してください。

フリガナ	アキタ イチロウ	被保険者との関係	長男
申請者氏名	秋田 一郎		
申請者住所	〒 010 - △△△△ 秋田市山王△丁目△番△号 電話番号 △△△(△△△)△△△△		

後期高齢医療課決裁欄

課長	課長補佐	収納管理担当	担当者	受付者

備考 身元確認：本人 マイナンバーカード・免許証・手帳・その他()
代理権 マイナンバーカード・資格確認書・納通・その他()
提供方法：窓口交付済 ・ 郵送済 ・ 郵送 キャッシュレス