

# 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 ( ) |          |  |

申請者が被保険者と同一の世帯に属していない場合は、以下の委任欄を記入してください。

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| 本申請および証明書類等の受領について、代理人に委任します。 |        |
| 委任者<br>(被保険者)                 |        |
| 受任者<br>(代理人)                  | (フリガナ) |

## 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 免許証・手帳・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。

〇〇年 〇月 〇日

|        |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--------|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 〒 010-8560<br>秋田市山王〇丁目〇〇-〇〇<br>電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇  |   |   |   |   |   |   |   |
| 証明等内容  | 令和3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 |  |
| 申請者氏名 | 秋田 一郎   | 長 男      |  |
| 申請者住所 | 〒 010-8560<br>秋田市山王△丁目△△-△△<br>電話番号 △△△ (△△△) △△△ |          |  |

申請者が被保険者と同一の世帯に属していない場合は、以下の委任欄を記入してください。

|                               |                            |  |  |  |  |
|-------------------------------|----------------------------|--|--|--|--|
| 本申請および証明書類等の受領について、代理人に委任します。 |                            |  |  |  |  |
| 委任者<br>(被保険者)                 | 秋 田 太 郎                    |  |  |  |  |
| 受任者<br>(代理人)                  | (フリガナ) アキタ イチロウ<br>秋 田 一 郎 |  |  |  |  |

## 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 免許証・手帳・その他(国民健康保険被保険者証、介護保険被保険者証)  
提供方法 窓口交付済・郵送済・郵送

# 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。

〇〇年 〇月 〇日

|        |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--------|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 〒 010-8560<br>秋田市山王〇丁目〇〇-〇〇<br>電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇  |   |   |   |   |   |   |   |
| 証明等内容  | 令和3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 |   |
| 申請者氏名 | 秋田 一郎   | 長        | 男 |
| 申請者住所 | 〒 010-8560<br>秋田市山王△丁目△△-△△<br>電話番号 △△△ (△△△) △△△ |          |   |

申請者が被保険者と同一の世帯に属していない場合は、以下の委任欄を記入してください。

|                               |        |     |   |     |  |  |
|-------------------------------|--------|-----|---|-----|--|--|
| 本申請および証明書類等の受領について、代理人に委任します。 |        |     |   |     |  |  |
| 委任者<br>(被保険者)                 | 秋      | 田   | 太 | 郎   |  |  |
| 受任者<br>(代理人)                  | (フリガナ) | アキタ | イ | チロウ |  |  |
|                               | 秋      | 田   | 一 | 郎   |  |  |

## 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 免許証・手帳・**その他**(国民健康保険被保険者証、介護保険被保険者証)  
提供方法 窓口交付済・郵送済・**郵送**