

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 月 日から 年 月 日まで
証明等種別	<input type="checkbox"/> 納付証明書(1通300円) <input type="checkbox"/> ハードコピー(納付済額・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、以下の委任欄に記入してください。

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 (被保険者)	
受任者 (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