

保険料納付額確認書 交付申請書 【 後期高齢者医療 ・ 介護 】

※必要な科目に○をつけてください

みどり市長 様
上記のとおり申請します。

申請日：令和 年 月 日

【納付義務者】 (被保険者)	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	みどり市(笠懸・大間々・東) 町 番地 番		
	(方書)			
	電話番号		必要書類の 対象年	令和 年分

【申請者】 (窓口に来た人)	<input type="checkbox"/> 本人(下欄の記入は不要) <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族(以下の住所欄以外を記入) <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> 代理人(下欄の記入及び下段の委任状が必要) <input type="checkbox"/> 相続人(相続人を示す書類が必要)			
	住所		被保険者 との続柄	
	氏名		電話番号	

※ 申請者の本人確認が必要になりますので、本人確認書類の提示をお願いします。
(成年後見人の方は登記事項証明書等の成年後見人を示す書類の提示もお願いします)

委 任 状

記入日：令和 年 月 日

みどり市長 様

(委任者：頼んだ人) 住所

氏名

印

保険料納付額確認書の申請及び受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

(受任者：窓口に来る人) 住所

氏名

※全ての記載事項について、委任者(頼んだ人)本人が記入してください。

市使用欄

本人確認書類

マイナンバーカード 資格確認書 免許証
在留カード その他 ()