

〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

記入例

窓口に来られた方(代理人)

事業所所在地	岩国市今津町1丁目14番51号		
事業所名	(株) 保険年金	電話	(0827)29 - 5088
氏名	岩国 太郎		

必要な方

住 所	氏 名	生年月日	必要なもの
今津町1丁目14番51号	岩国 太郎	S18.3.20	1 国民健康保険料(税) 2 介護保険料 3 後期高齢者医療保険料
同上	岩国 花子	S20.5.7	1 国民健康保険料(税) 2 介護保険料 3 後期高齢者医療保険料
今津町1丁目**番**号	国保 次郎	H12.6.13	1 国民健康保険料(税) 2 介護保険料 3 後期高齢者医療保険料
			1 国民健康保険料(税) 2 介護保険料 3 後期高齢者医療保険料
			1 国民健康保険料(税) 2 介護保険料 3 後期高齢者医療保険料
			1 国民健康保険料(税) 2 介護保険料 3 後期高齢者医療保険料
			1 国民健康保険料(税) 2 介護保険料 3 後期高齢者医療保険料
			1 国民健康保険料(税) 2 介護保険料 3 後期高齢者医療保険料
			1 国民健康保険料(税) 2 介護保険料 3 後期高齢者医療保険料

備考(身分確認方法等)

	受 付	
--	-----	--

事業所所在地、事業所名、連絡先、申請者氏名を記入してください。

申請者が事業所従業員ではない場合、事業所代表者の委任状が必要です。

証明の必要な従業員の方の住所、氏名、生年月日を記入してください。

必ず申請に来られる方の本人確認書類を持参してください。

また、申請者が事業所従業員ではない場合、事業所代表者の委任状が必要です。