

国民健康保険料(税)
介護保険料
後期高齢者医療保険料

納付額証明書交付

記入例

〇〇〇〇年 〇月 〇日

必要なものに○をして下さい。

1 国民健康保険料(税) 通知書番号 _____
2 介護保険料 通知書番号 _____
3 後期高齢者医療保険料 通知書番号 _____

必要な方について

氏 名 (国保は世帯主)	岩 国 太 郎	
住 所	岩国市今津町1丁目14番51号	
生年月日	M T S (H) R 18 . 3 . 20	TEL (0827) 29 - 5088

ご本人さまの氏名、住所、生年月日、連絡先を
自署してください。

本人以外の方は記入してください。

(同居の世帯員以外は、委任状と身分証明書が必要です。)

氏 名	岩 国 花 子	
住 所	岩国市今津町1丁目**番**号	
生年月日	M T S (H) R 20 . 5 . 7	TEL (0827) 29 - 50**

ご本人さま以外が申請する際は、申請者の氏名、住
所、生年月日、連絡先を自署してください。

なお、ご本人さまと申請者が住民票上、別世帯である
場合には別途、委任状が必要です。

備考(本人との続柄、身分確認方法等)

本人・夫・妻・子・その他()
免許証・資格確認書・マイナンバーカード・その他()

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。

本人確認書類の提示がない場合は、住民票住所
または登録送付先への郵送となります。

受 付