国民健康保険料（税）
介護保険料
後期高齢者医療保険料

# 納付額証明書交付申込書

年　　月　　日

必要なものに〇をして下さい。

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<br>（国保は世帯主） | | |
| 住　　所 | 岩国市 | |
| 生年月日 | ＭＴＳＨＲ　　.　　. | TEL（　　）<br>＿ |

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 | | |
| 住　　所 | 岩国市 | |
| 生年月日 | ＭＴＳＨＲ　　.　　. | TEL（　　）<br>＿ |

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（　　）

| | |
|---|---|
| 受　付 | |