

受付印

後期高齢者医療保険料納付証明申請書

被保険者番号		
証明が必要な 被保険者	<input type="checkbox"/> 同上（下記の申請者と同じ）	
	住 所	
	フリカゝナ	
	氏 名	
生年月日	明・大・昭	・
使用目的	<input type="checkbox"/> 確定申告	<input type="checkbox"/> 住民税申告
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

伊方町長 様

上記の被保険者が令和 年 月 日～令和 年 月 日までに
支払った後期高齢者医療保険料の納付証明を申請します。

令和 年 月 日

住 所 _____

申請者（窓口に来た人） 氏 名 _____ ⑩

電話番号（ ） _____

- ・被保険者との続柄
 本人 その他（ ）
- ・被保険者以外の方が申請する場合
 私は証明書申請に関する権限の
委任を受けています
- ・本人確認
 被保険者証 運転免許証
 その他（ ）