

# 保険料（税）納付確認書交付申請書

(社会保険料控除用)

(宛先) 柳井市長

申請年月日 令和 年 月 日

以下のとおり \_\_\_\_\_ 年分納付確認書の交付を申請します。

1. 国民健康保険税
2. 介護保険料
3. 後期高齢者医療保険料

## ■必要な人（被保険者、国保は世帯主）

フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	電話番号	- -
住所			

## ■申請する人（同居の世帯員※以外の方は、下欄の代理権授与通知も必要です）

氏名		被保険者 (世帯主) との関係	
住所		電話番号	- -

※介護保険料・後期高齢者医療保険料の関係書類送付先変更届により登録している人を含む

## ■代理権授与通知【この欄は、必要な人（たのむ人）本人が自署してください】

令和 年 月 日

・必要な人（たのむ人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、下記代理人に納付確認書の交付申請権限を授与したので通知します。

・代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

◇申請者又は代理人は、本人であることを確認できるもの（免許証、保険証等）を提示してください。

市役所記入欄	受 付			交 付	受 付 印
	方 法	本人確認	担 当		
<input type="checkbox"/> 納付確認書写し	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	氏名又は 押印	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 登録者 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ( )	