

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			

■本人以外の方は記入してください。（同居の世帯員※以外は、委任状欄の記入が必要です。）

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

■委 任 状 【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

委任者 住所

氏名

私は、下記代理人に納付確認書の交付申請及び受領を委任します。

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、個人番号カード等）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		
☐ 納付確認書写し	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 電話 ☐ その他 ()	☐ 免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 保険証 ☐ 資格確認書 ☐ その他 ()	氏名又は押印	☐ 窓口交付 ☐ 郵送 ☐ 本人 ☐ 登録者 ☐ 代理人 ☐ その他 ()	