

後期高齢者医療保険料収納確認票申請書

税の申告をおこなうために、私が 令和〇年中に支払った後期高齢者医療保険料をお知らせください。

令和〇年〇月〇日 申請

1. 被保険者

※本人が来られた場合は下記の「2」欄は記入不要です

住所	台東区東上野4-5-6	
	電話	()
フリガナ	タイトウ ハナコ	明治・大正・昭和
氏名	台東 花子	●●年 ▲月 ■日生
被保険者番号	12345678	

2. 申請者(世帯員以外の代理人は「委任状」が必要です)

住所	台東区浅草●●●	
	電話	〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
フリガナ	タイトウ タロウ	続柄
氏名	台東 太郎	子

※ご存命の被保険者の保険料について、申請者が住民票上の同一世帯のご家族である場合は委任状は不要です。
(別世帯のご家族が申請される場合は委任状が必要となりますのでご注意ください。)

※お亡くなりになった被保険者の保険料については、ご家族が申請される場合は委任状は不要です。

【区処理欄】

本人(代理人)確認書類	受付印
1.保険証 2.免許証 3.個人番号カード 4.その他()	
受付場所	
国民健康保険課・()区民事務所・()分室・戸籍住民サービス課	
備考	
	担当