

後期高齢者医療保険料納付済額確認願

令和 年 月 日

関市市民環境部保険年金課長 様

年中の後期高齢者医療保険料の納付済額をお知らせ願います。

申請者	住所	〒		
	氏名			
	電話番号		納付義務者 との続柄	
納付 義務者	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	T . S	年 月 日	

【市処理欄】

申請者身分確認：免許証・その他（ ） 同一世帯確認

納付区分	納付済額	納付予定金額
普通徴収	円	円
特別徴収	円	円

受付者：（ ）

委任状

関市市民環境部保険年金課長 様

代理人 住所 _____

氏名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、____年中の「後期高齢者医療保険料納付済額のお知らせ」の受け取りを委任します。

令和 年 月 日

委任者 住所 _____

氏名 _____