

國民健康保險料・後期高齡者医療保険料・介護保険料 納付証明書・納付済額通知書 交付申請書

(宛先) 岡崎市長

令和 年 月 日

申請者（窓口に来られた方）運転免許証等の身分証明書をご提示ください。

住 所	岡崎市		
氏 名	(電話)		
納付義務者 との関係	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員(続柄) <input type="checkbox"/> その他(続柄) ⇒ 委任状(様式は任意も可)が必要です。		
必 要 な も の			
必要な証明	<input type="checkbox"/> 納付証明書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 年度 年度 年度 通		<input type="checkbox"/> 納付済額通知書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料 年分
使用目的	<input type="checkbox"/> 融資(資金借入) <input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> ビザ申請 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 年末調整 <input type="checkbox"/> 確定申告等
納付義務者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 岡崎市	
	フリガナ		宛 名 番 号
	氏 名		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 生

委任状（代理権授与通知書）		令和	年	月	日	
代理人	住所					
	氏名					
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険料	<input type="checkbox"/> 納付証明書			
私は上記の者を代理人とし、		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料	の	<input type="checkbox"/> 納付済額通知書	に関する	
		<input type="checkbox"/> 介護保険料				
書類の申請と受領の権限の授与を通知します。						
住所						
委任者	氏名	※				
(納付義務者)	生年月日	年	月	日	生	

二重線内は市役所記載欄

※署名または記名押印

申請者本人確認	運免許 個番力 在留カード ハ"スホ" 身手帳		資格確認書 介保証 年手帳 納通 その他()		
納付証明	通	手数料	円	納付済額通知書	通
代理請求理由 □施設等入所 □病気・けが □高齢 □その他()					