

(国保・介護・後期医療) 納付証明書交付請求書

五泉市長 様

※太枠の中を記入してください。

令和 年 月 日請求

①どなたの証明書が必要ですか？

※国民健康保険税は、世帯主の名前で課税されています。

住所	TEL () -
氏名	⑩ (私は、下記の者を代理人と定め納付証明交付請求を委任します。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

②窓口に来られた方

<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 代理人	住所	同上 (同居の親族の場合、同上を○で囲んでください。)
		氏名	必要な方との関係 TEL () - ()

③何年分の証明が必要ですか？

平成 年分
令和 年分

※該当年の1月から12月までに納めた保険税(料)の証明が発行されます。

証明内容

該当の種類に○印をつけてください	種類	証明額控		備考
		納入済額	納期未到来	
	国民健康保険税	円	円	
	介護保険料	円	円	
	後期高齢者医療保険料	円	円	

担当者	通数	備考
	通	
請求者本人の確認欄		
住・免・証・パ・保・年・手・聞・その他()		