

(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？

| | |
|-----------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 平成 | 年分 |
| <input type="checkbox"/> 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() | | |