後期高齢者医療保険料納付済額交付申請書

西条市長　様

申請年月日　　年　　月　　日

申請者(窓口へ来られた方)　※運転免許証等の本人確認書類をご提示ください。			
氏名		電話番号	(　　)　　－
住所			
被保険者との関係	□ 申請者本人　□ 同一世帯員（続柄　　） □ その他（続柄　　）→ 委任状が必要です(様式は任意も可)		

被保険者(証明書が必要な方)	※氏名・住所欄について、申請者と同じ場合は「申請者と同じ」に☑してください。		
氏名	□ 申請者と同じ	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年　　月　　日
住所	□ 申請者と同じ		
使用目的	□ 年末調整、確定申告に使用するため。 □ 施設等入所に使用するため。 □ その他（　　）		
対象期間	年 1月 1日から　　年 12月 31日までの間	部数	部

委任状

西条市長　様　　年　　月　　日

代理人　住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険料納付済額の請求及び受領を委任いたします。

委任者　住所

氏名

生年月日　明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日

※二重線内は市役所記載欄

受付印	申請者本人確認書類	運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ パスポート 身体障害者手帳 ・ 在留カード その他(　　)
		資格確認書 ・ 介護保険被保険者証 年金手帳 ・ 預金通帳 ・ キャッシュカード その他(　　)