

後期高齢者医療保険料

記入例

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	西条 太郎	電話番号	(0897) 56 - 5151
住所	西条市明屋敷164番地		
被保険者との関係	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	明・大・ 昭 ○年 ○月 ○日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 年末調整、確定申告に使用するため。 <input type="checkbox"/> 施設等入所に使用するため。 <input type="checkbox"/> 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 1 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()
	申請者本人確認書類	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()