

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	<b>西条 二郎</b>	電話番号	( <b>0898</b> ) <b>64</b> - <b>2700</b>
住所	<b>西条市周布349番地1</b>		
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 (続柄 ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (続柄 <b>長男</b> ) → 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 type="checkbox"/> 申請者と同じ <b>西条 太郎</b>	生年月日	明・大・ <b>昭</b> ○年 ○月 ○日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <b>西条市明屋敷164番地</b>		
使用目的	<input type="checkbox"/> 年末調整、確定申告に使用するため。 <input checked="" 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 <b>1</b> 部

**委任状**

西条市長 様 ○ 年 ○ 月 ○ 日

代理人 住所 **西条市周布349番地1**

氏名 **西条 二郎**

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 **西条市明屋敷164番地**

氏名 **西条 太郎**

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( )