

国民健康保険税・後期高齢者医療保険料・介護保険料 納付確認書交付請求書

令和 年 月 日

○ 請求者(窓口に来られた方)

住所	
氏名	(世帯主からみた続柄：)
電話番号	(自宅・携帯・その他())

※証明対象の方と別世帯の方が請求する場合は、ご本人様からの委任状が必要です。

○ 必要となる保険税・保険料について

証明を必要とする年	令和	年中 納付分	※この証明は必要な年の1月1日から12月31日までの納付済額を確認するためのものです。
証明を必要とする 保険税・保険料の科目	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部	→	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料 ※国民健康保険税は世帯主課税のため、世帯主名義の証明のみ交付できます。
①	対象者住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	
	対象者氏名	<input type="checkbox"/> 請求者本人 (世帯主からみた続柄：)	
	対象者生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成	
②	対象者住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	
	対象者氏名	<input type="checkbox"/> 請求者本人 (世帯主からみた続柄：)	
	対象者生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成	
③	対象者住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	
	対象者氏名	<input type="checkbox"/> 請求者本人 (世帯主からみた続柄：)	
	対象者生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成	