

国民健康保険料 納付確認書(振分)交付申請書 (年分)

山陽小野田市長 宛

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日		納付義務者との関係			
申請者住所	〒 山陽小野田市 電話番号					

納付義務者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
納付義務者住所	〒 山陽小野田市						
振分対象者	金額		生年月日	昭和・平成	年	月	日
振分対象者	金額		生年月日	昭和・平成	年	月	日
振分対象者	金額		生年月日	昭和・平成	年	月	日
振分対象者	金額		生年月日	昭和・平成	年	月	日

納付確認書(振分)の郵送について承諾します。

※ 確定申告用納付確認書(ハガキ)を所持していない場合、下記にもチェックをお願いします。

確定申告用納付確認書(ハガキ)が見つかった場合、速やかに破棄します。

				世帯番号	
市記入欄	受付場所	受付者	郵送年月日	本人確認	ハガキ回収確認
	<input type="checkbox"/> 保険年金課 <input type="checkbox"/> 山陽総合事務所 <input type="checkbox"/> ()支所・出張所		/	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()	