

後期高齢者医療保険料 納付確認書交付申請書(年分)

山陽小野田市長 宛

次のとおり後期高齢者医療保険料納付確認書を申請します。

	申請年月日	年	月	日
申請者氏名		本人との関係		
申請者住所	〒			
	電話番号			

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	フリガナ						
	氏名			性別	男	・	女
	住所	電話番号					

市 記 入 欄	受付場所	受付日	受付者	市入力日	市入力者	宛名番号
	<input type="checkbox"/> 保険年金課 <input type="checkbox"/> () 支所・出張所	/		/		

本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

受付印
