

後期高齢者医療保険料 納付確認書再交付申請書(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の再交付を申請します。

		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							

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。

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 center;"="" text-align:="" type="checkbox/>()
支所・出張所</td> <td style="/> /		/			

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
