

後期高齢者医療保険料納付確認書交付申請書

長崎県西海市長 様

次のとおり、令和 年中に支払った後期高齢者医療保険料納付確認書の交付を申請
します。

申請年月日 令和 年 月 日

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

本人の身分証明書の写を同封して下さい。

宛名、宛先、郵便番号を明記し、切手を貼った返信用封筒を同封して下さい。

納付証明書は再交付できませんので取扱いにご注意ください。

※被保険者本人以外の方が申請する場合は以下の委任状にも記入してください。

委 任 状

※委任する方が記入してください。

受 任 者	代理人氏名		生年月日	
			明 大 昭	年 月 日
	代理人住所			
		電話番号	-	-

上記の者を代理人とし、後期高齢者医療保険料納付確認書の取得に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

委 任 者	被保険者氏名		生年月日	
			明 大 昭	年 月 日
	被保険者住所			
		電話番号	-	-
		西海市 記入欄	処理日令和 年 月 日	処理者印

西海市役所 保健福祉部 長寿介護課

TEL0959-37-0024