

後期高齢者医療保険料収納確認票申請書

税の申告をおこなうために、私が.....年中に支払った後期高齢者医療保険料をお知らせください。

年 月 日 申請

1. 被保険者 ※本人が来られた場合は下記の「2」欄は記入不要です

住 所	台東区	
	電話	()
フリガナ		明治・大正・昭和
氏 名		年 月 日生
被保険者番号		

2. 申請者（世帯員以外の代理人は「委任状」が必要です）

住 所		
	電話	()
フリガナ		続 柄
氏 名		

【区処理欄】

本人（代理人）確認書類	受付印
1. 保険証 2. 免許証 3. 個人番号カード 4. その他 ()	
受 付 場 所	
国民健康保険課・() 区民事務所・() 分室・戸籍住民サービス課	
備 考	
担当	