

世田谷区 後期高齢者医療保険料納付確認票交付申請書

郵送用

世田谷区長あて
次のとおり申請いたします

令和 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 _____ 電話 (_____)		

保険料納付確認票交付を必要とされる方について記入してください

被保険者	フリガナ 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 _____ 方書(アパート等の名称) 世田谷区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		
	電話番号	(_____)	被保険者 番号	_____
交付する書類		1. 保険料納付確認票(無料) _____ 年分 _____ 通		
使用目的		1. 確定申告用または年末調整用 2. その他(具体的にお書きください)		

希望送付先 (どちらかに○をつけてください)	1. 被保険者(本人) 送付先設定済の住所も含む	2. 被保険者(本人)以外 ※送付先住所記載の代理人の本人確認資料が必要
---------------------------	-----------------------------	---

委任状

_____ 年 月 日

委任者(被保険者)

住所 _____

氏名 _____

私は下記の者を代理人として後期高齢者医療保険料納付確認票の交付申請および受領の権限を委任します _____ 年分 _____ 通

代理人

住所 _____

氏名 _____ 電話 _____

以下は記入不要です

被保険者の本人確認資料						受付者	係員	係長	受付印
運転免許証	パスポート	公共料金領収書	健康保険証	介護保険証	その他				
代理人の本人確認資料						交付方法			
運転免許証	パスポート	公共料金領収書	健康保険証	介護保険証	その他	窓口	郵送	その他	