

# 後期高齢者医療保険料 納入済証明申込書

受付者	係長	課長補佐	課長

豊中市長あて

太枠の中を記入してください。

〇〇年〇〇月〇〇日

納付義務者	住所	豊中市中桜塚3-1-1		
	連絡先	06 ( 6858 ) 5050 ※日中につながりやすい連絡先を記入してください。		
	ふりがな 氏名	とよなか みらい 豊中 未来		
	生年月日	昭和 35 年 4 月 1 日		
	被保険者番号	12345678		
		必要年(度)・必要通数等を記入してください。 ★1通につき手数料が300円かかります。		
		平成 令和	2 年(度)	1 通
		年中の証明 (1月から12月までの支払額)		年度中の証明 (4月から3月までの支払額)
		◎複数年(度)必要な場合は、下記へ記入してください。		
		平成 令和	30 年(度)	2 通
		平成 令和	年(度)	通

申込者	納付義務者との関係	1. 本人 以下記入不要です。	2. 同一世帯員	3. その他 ( 叔父 ) 委任状が必要です。
	住所	豊中市中桜塚3-1-1		
	連絡先	06 ( 6858 ) 5050 ※日中につながりやすい連絡先を記入してください。		
	ふりがな 氏名	とよなか きぼう 豊中 希望		

備考	受付印
交付日	
発送日	