

国民健康保険料 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	豊中市桜塚3-1-1	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。		
	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。	平成 令和 5年(度)	年中の証明 (1月から12月までの支払額) 1 通	年度中の証明 (4月から3月までの支払額) 通
	ふりがな 氏名	とよなか みらい 豊中未来	◎複数年(度)必要な場合は、下記へ記入してください。		
	生年月日	昭和 35年 4月 1日	平成 令和 4年(度)	通	2 通
	被保険者番号	12345678	平成 令和 年(度)	通	通

申込者	納付義務者との関係	1.本人 2.同一世帯員 3.その他(叔父) 以下記入不要です。 委任状が必要です。	備考	受付印
	住所	豊中市桜塚3-1-1	交付日	
	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	発送日	