

# 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。

年 月 日

納付義務者	住所		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 ( ) ※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	年(度)	通
					通
	ふりがな 氏名		◎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	年(度)	通
	生年月日	年 月 日	平成 令和	年(度)	通
被保険者番号		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( ) 委任状が必要です。
	住所			
	連絡先 ( ) ※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			

備考	受付印
交付日	
発送日	