

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。

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。		
	生年月日	年 月 日	平成令和 年(度)	通	通
	保険証番号		平成令和 年(度)	通	通
			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() 以下記入不要です。 委任状が必要です。	備考		受付印	
	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。			交付日	
	ふりがな氏名				発送日	