

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	豊中市中桜塚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 <small>※日中につながりやすい連絡先を記入してください。</small>	平成 令和	2 年(度)	1 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	30 年(度)	通
	保険証番号	12345678	平成 令和	年(度)	通
					2 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。
	住所	豊中市中桜塚3-1-1
	連絡先	06 (6858) 5050 <small>※日中につながりやすい連絡先を記入してください。</small>
	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	