

# 記載例

世田谷区 後期高齢者医療保険料納付確認票交付申請書

郵送用

世田谷区長あて  
次のとおり申請いたします

令和 年 月 日

|     |   |          |          |    |
|-----|---|----------|----------|----|
| 申請者 | フリガナ  | セタガヤ タロウ | 被保険者との関係 | 本人 |
|     | 氏名  | 世田谷 太郎   |          |    |
| 住所  | 〒154-8504 世田谷区世田谷4-21-27<br>電話 03 ( △△△△ ) ×××× |          |          |    |

保険料納付確認票交付を必要とされる方について記入してください

|        |   |                                   |  |                  |   |   |   |   |   |   |
|--------|---|-----------------------------------|--|------------------|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者   | フリガナ                                    | セタガヤ タロウ                          | 生年月日   | 明・大(昭) 〇〇年〇〇月〇〇日 |   |   |   |   |   |   |
|        | 氏名                                      | 世田谷 太郎                            | 納付確認票の送付先は原則、被保険者(本人)の住所となります。               |                  |   |   |   |   |   |   |
|        | 住所                                      | 〒 154-8504 世田谷区世田谷 4 丁目 21 番 27 号 |  |                  |   |   |   |   |   |   |
| 電話番号   | 03(△△△△)××××                            | 被保険者番号                            | 5  | 4                | 3 | 2 | 2 | 3 | 9 | 0 |
| 交付する書類 | ①. 保険料納付確認票(無料)                         |                                   | 保険証に記載されている番号をご記入ください。                       |                  |   |   |   |   |   |   |
| 使用目的   | ①. 確定申告用または年末調整用<br>②. その他(具体的にお書きください) |                                   | 令和2 年分 1 通<br>平成30~令和2年分 各1通のように申請することもできます。 |                  |   |   |   |   |   |   |

|                           |                             |   |
|---------------------------|-----------------------------|---|
| 希望送付先<br>(どちらかに○をつけてください) | 1. 被保険者(本人)<br>送付先設定済の住所も含む | 2. 被保険者(本人)以外<br>※送付先住所記載の代理人の本人確認資料が必要 |
|---------------------------|-----------------------------|---|

納付確認票の送付先をご指定ください。被保険者(本人)以外に送付する場合は、送付先住所記載の代理人の本人確認資料が必要となります。

### 委任状

年 月 日

被保険者(本人)と別住所のご親族様が申請される場合は、委任状が必要です。被保険者(本人)が記入してください。別用紙の委任状でも可能です。

氏名 \_\_\_\_\_

私は下記の者を代理人として後期高齢者医療保険料納付確認票の交付申請および受領の権限を委任します \_\_\_\_\_年分 \_\_\_\_\_通

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

以下は記入不要です

|             |       |         |       |       |     |      |    |     |     |
|-------------|-------|---------|-------|-------|-----|------|----|-----|-----|
| 被保険者の本人確認資料 |       |         |       |       |     | 受付者  | 係員 | 係長  | 受付印 |
| 運転免許証       | パスポート | 公共料金領収書 | 健康保険証 | 介護保険証 | その他 |      |    |     |     |
| 代理人の本人確認資料  |       |         |       |       |     | 交付方法 |    |     |     |
| 運転免許証       | パスポート | 公共料金領収書 | 健康保険証 | 介護保険証 | その他 | 窓口   | 郵送 | その他 |     |