

仙台市

- 国民健康保険料
- 後期高齢者医療保険料

納付証明書交付申請書

(該当するものにシ点してください。)

仙台市国民健康保険料・後期高齢者医療保険料の納付証明書の交付を申請します。

(あて先) 仙台市

区長

※太枠の中だけ記入してください。

申請年月日		年	月	日						
① 証明書が必要な方 <small>※国民健康保険料の場合、世帯主(納付義務者)の方をご記入ください</small>	住所 仙台市 _____ 区 _____									
	フリガナ _____	生年月日 _____								
	氏名 _____	年 月 日								
	電話番号 () _____									
② 保険証の番号	国民健康保険 (※保険証に記載の番号)									
	後期高齢者医療保険 (※上部に記載の被保険者番号)									
③ ご使用の目的及び必要な納付年	<input type="checkbox"/> 年末調整・税申告 <input type="checkbox"/> 納付の確認 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	◎納付した年分 _____ 年分									
④ 窓口に来られた方 (申請者)	<input type="checkbox"/> 本人 ⇨ 【住所氏名電話番号の記入は必要ありません】									
	<input type="checkbox"/> 代理人 (配偶者・子・父母・その他: _____)									
	住所 _____ <small>(住所が本人と同一の場合は同上で構いません)</small>									
	氏名 _____ 電話番号 () _____									

◎ ご注意ください

- 同一世帯員以外の方が申請される場合は、委任状等本人の同意を確認できる書類が必要になります。
- 窓口に来た方の本人確認をさせていただきますので、公的証明書等(健康保険証、運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、年金手帳、外国人在留カード等の官公署発行のもの)をお持ちください。

(下欄の記入は必要ありません)

仙台市処理欄	(収受)	決裁年月日		年	月	日	課長	係長	係員	
		発行年月日		年	月	日				
		交付方法		<input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> 郵送 (/ 発送)						
	本人確認等	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉手帳 <input type="checkbox"/> 外国人在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()								
代理人の場合		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()								
備考		公印等 確認者		受付者						