

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 ※国民健康保険料の 場合は、世帯主(納 付義務者)の方を ご記入ください	住所 仙台市 区								
	フリガナ	生年月日							
	氏名	年	月	日					
電話番号 () -									
② 被保険者番号 ※資格確認書や資格 情報のお知らせ等 を参照ください。	国民健康保険								
	後期高齢者医療保険								
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								
	(住所が本人と同一の場合は同上で構いません)								
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(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"/> 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			