後期高齢者医療保険料納付額確認申請書（郵送用）

令和　　年　　月　　日

下記のとおり令和　　年分の後期高齢者医療保険料納付額確認書に係る書類の交付を郵送にて申請します。

　なお、納付額確認書の返信用に、返信用封筒及び８４円切手を同封いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 | （続柄： 　　 ） |
| 電話番号 |  |
| ○送付先（※申請者住所と異なる場合は送付先をご記入ください） | |
|  | |

**注）申請者は身分証明書のコピーをご同封ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

**注）申請者が被保険者本人の場合は、住所欄は記入する必要はありません。**

|  |
| --- |
| 委　任　状　（本人及び同居の親族以外の方が申請する場合）  　私は上記申請者を代理人とし、後期高齢者医療保険料納付額確認に関する申請と受領の権限を委任します。  令和　　年　　月　　日  （委任する人）  　住　　所  　被保険者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日 |