|  |  |
| --- | --- |
| **国民健康保険税****後期高齢者医療保険料** | **納付額確認書申請書（郵送用）** |

令和　　年　　月　　日

　国保年金課　あて

　次のとおり**年分**の納付額確認書の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険税 | 世帯主・納税義務者 | 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  | 明治・大正・昭和・平成・令和年　　　月　　　日　生 |
| 氏　　名 |  |
| 連 絡 先 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 後期高齢者医療保険 | 被保険者・納入義務者 | 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  | 明治・大正・昭和・平成・令和年　　　月　　　日　生 |
| 氏　　名 |  |
| 連 絡 先 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | 世帯主との続柄 | □本人（以下の欄は記入不要です）□同一世帯の親族（以下の住所の欄は記入不要です）□相続人（戸籍のコピーが必要です） |
| 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  | 明治・大正・昭和・平成・令和年　　　月　　　日　生 |
| 氏　　名 |  |
| 連 絡 先 |  |

　　**注）申請者は本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカードの写真面のみ　など）の**

**コピーを同封してください（カラーコピーの必要はありません）。**

＊＊＊郵送前に以下を確認してください＊＊＊

　　□返信用封筒に送り先（世帯主または被保険者）の住所、氏名を記載しました。

　　□返信用封筒に切手（110円）を貼付し同封しました。

　　□申請者の本人確認書類（運転免許証など）の写しを同封しました。

---------------------------------------------------------------------------------------

送付先　　　　　　　　　　　　　　　国保年金課使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認・送付日 | 受付・作成日 | 本人確認書類 |
| ／ | ／ |  |

〒306-8601

古河市長谷町３８番１８号

国保年金課　あて