

保険料納付証明書申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号	後期		介護	
フリガナ				
被保険者氏名			性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和		年	月 日
住所	〒 ー			

必要とする□にレ印を記入すること。

- 後期高齢者医療保険料納付証明書
- 介護保険料納付証明書

石井町長 小林 智仁 殿

上記のとおり 年分保険料納付証明書を申請します。

年 月 日

氏名
(被保険者本人)