

保険料納付証明書申請書(郵送用)

石井町長 殿

年 月 日

○申請者

住 所	〒 -		
ふりがな 氏 名		証 明 する 方 と の 関 係	
生 年 月 日		電 話 番 号	

○証明する方(□申請者欄に同じ)

住 所	〒 -		
ふりがな 氏 名			
生 年 月 日		電 話 番 号	

○必要な証明書(□にレを入れ、必要な年を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料納付証明書	_____ 年分 (1月1日~12月31日)
<input type="checkbox"/> 介護保険料納付証明書	_____ 年分 (1月1日~12月31日)

○使用目的(□にレを入れ、必要事項を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 税務申告	<input type="checkbox"/> 納付確認	<input type="checkbox"/> その他()
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

○送付先(□申請者欄に同じ)(返信用封筒に宛名を記入のうえ、所定の切手を貼ってください。)

住 所	〒 -		
ふりがな 氏 名		証 明 する 方 と の 関 係	
生 年 月 日		電 話 番 号	

※証明する方の住所以外に送付する場合、証明する方の同意が必要です。

上記の送付先に、保険料納付証明書を送付することに同意します。

年 月 日

氏名
(証明する方本人)