**納付額証明書交付申請書**

龍ケ崎市長　殿

　　　　　　□ 国民健康保険税

次のとおり　□ 後期高齢者医療保険料　の納付額証明書の交付を申請します。

　　　　　　□ 介護保険料

申請年月日：　　年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 納税（納付）義務者 | 種別 | 国民健康保険税（世帯主） | 後期高齢者医療保険料介護保険料（被保険者本人） |
| フリガナ |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大昭 ・ 平 | 年月日 | 明 ・ 大昭 ・ 平 | 年　　　月　　　日  |
| 国民健康保険被保険者番号 |  |  |
| 後期高齢者医療制度被保険者番号 |  |  |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

※世帯主・被保険者以外の方が申請する場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理申請者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 世帯主・被保険者との関係を○で囲んでください。配偶者　・　同居親族　・　別居親族　・　代理人その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※別居親族や代理人が申請される場合には委任状等が必要です。

【保険年金課記入欄】

□マイナンバーカード　□運転免許証　　□パスポート　　□在留カード　　□健康保険証等

　□保険税（料）通知書　　□市税等の領収書　　　□その他（　　　　　　　　　　　　）