

国民健康保険料・後期高齢者医療保険料・介護保険料  
納付証明書・納付済額通知書 交付申請書

(宛先) 岡崎市長

令和 年 月 日

申請者(窓口に来られた方)運転免許証等の身分証明書をご提示ください。

住所	岡崎市十王町2丁目9番地		
氏名	年中 額男 (電話 )		
納付義務者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人 同一世帯員(続柄 ) その他(続柄 ) 委任状(様式は任意も可)が必要です。		
必要なもの			
必要な証明	納付証明書 国民健康保険料 後期高齢者医療保険料 年度 年度 年度通		<input checked="" type="checkbox"/> 納付済額通知書 <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険料 後期高齢者医療保険料 介護保険料 年分
使用目的	融資(資金借入) 保証人 その他( )		年末調整 <input checked="" type="checkbox"/> 確定申告等
納付義務者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 岡崎市	
	フリガナ	ネンチュウ ガクオ	
	氏名	年中 額男	
	生年月日	明治 大正 23年 4月 5日生 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成	

委任状(代理権授与通知書)		令和 年 月 日	
代理人	住所 氏名		
私は上記の者を代理人とし、		国民健康保険料 後期高齢者医療保険料 介護保険料	の 納付証明書 納付済額通知書 に関する 書類の申請と受領の権限の授与を通知します。
委任者	住所 氏名 生年月日	年 月 日生	

申請者本人確認	運転免許 個番カ 在留カード ハスホ 身手帳	健保証 介保証 年手帳 納通 その他( )			
納付証明	通	手数料	円	納付済額通知書	通
代理請求理由	施設等入所 病気・けが 高齢 その他( )				

\*二重線内は市役所記載欄