

☐ 国民健康保険料

納付証明書・納付確認書 願

☐ 後期高齢者医療保険料

(送付登録用)

(宛先) 東大阪市長

年 月 日

納付義務者	通知書番号(国保)			
	被保険者番号(後期)			
	住 所	〒 ー		
	フリガナ			
	氏 名			
生年月日	明・大 昭・平 西 暦	年	月	日

申 請 者 窓 口 に こられた方	<input type="checkbox"/> 本人		
	<input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ( )	住 所	〒 ー
		フリガナ	
		氏 名	

○ 窓口にこられた方は、自身を証明できるものを提示してください。

○ 同居の家族以外の方が申請する場合、委任状が必要です。

送付登録解除	<input type="checkbox"/> 解除
解除理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 保険脱退 <input type="checkbox"/> その他( )

納付確認書 送付登録	翌年以降、納付確認書をご自宅に送付希望の方は記入してください。 一度登録していただきましたら、改めての送付登録は必要ありません。 ※納付確認書の送付が不必要になった場合は連絡をお願いします。			
	<input type="checkbox"/> 1月下旬(確定申告用)			
市役所記入欄	確認書類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(個人番号カード) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 保険料の通知書 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 委任状添付 有・無	窓 口	本 日・四・中・若・楠・布・近
			受 付	FAX