

介護保険料納付確認書 送付登録申請書

(宛先)東大阪市長

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

申請者	本人	氏名			
	代理人	氏名		本人との関係	
		住所	〒	-	電話番号

(注)申請者の本人確認ができる書類を提示してください。

被保険者	被保険者番号											
	フリガナ							生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名							性別	男	・	女	
	住所	〒	-	電話番号	()							

送付登録解除	<input type="checkbox"/> 解除
送付登録	翌年以降、納付確認書を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要になった場合は連絡をお願いします。
	<input type="checkbox"/> 12月上旬発送 <input type="checkbox"/> 2月上旬発送
使用目的	<input type="checkbox"/> 年末調整 <input type="checkbox"/> 税申告 <input type="checkbox"/> その他()

下の欄は市の事務処理用ですから、記入しないでください。

受 付 印

申請者確認	点検	特記入力	受付者
1.被保険者証			
2.運転免許証			
3.健康保険証			
4.マイナンバーカード			
5.その他()			