

国民健康保険料 納付済額証明申請書  
 後期高齢者医療保険料

窓口に来られた方	<input type="checkbox"/> 世帯主・家族 <input type="checkbox"/> 代理人		*本人確認できるものがが必要です。 *代理人の場合、委任状が必要です。		受付印     
	住所	摂津市			
氏名					
必要な証明書について	証明年	年	TEL		

国保番号	-	世帯主名	
住所 <input type="checkbox"/> 同上	摂津市		

後期高齢者被保険者番号		被保険者名	
住所 <input type="checkbox"/> 同上	摂津市		

※以下は記入しないでください。

証明額	国保	国特	合計	受付者	
	後普	後特	合計		
確認事項	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 (            )			確認者	

郵送

宛番号: