

後期高齢者医療保険料納付額照会申請書

令和 年 月 日

|                  |      |           |              |  |
|------------------|------|-----------|--------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 氏 名  |           | 被保険者証<br>番 号 |  |
|                  | 生年月日 | 大・昭 年 月 日 | 性 別          |  |
|                  | 住 所  | 柏崎市       |              |  |
|                  | 電話番号 | — —       |              |  |

|                                         |     |          |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|-----|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申 請 者<br>(窓口に来た方)                       |     | 確認<br>方法 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 預貯金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 提出者住所<br>(提出者が被保険者<br>本人である場合は<br>記載不要) | 〒   |          | 被保険者<br>との続柄                                                                                                                     |
| 電話番号                                    | — — |          |                                                                                                                                  |

|                 |     |
|-----------------|-----|
| 納付額確認書の<br>発行年分 | 年 分 |
|-----------------|-----|

|         |
|---------|
| 市 受 付 印 |
|         |

～郵便にて申請いただく方へ～  
申請書を郵送いただく際、下記に印のある書類を同封ください。  
☐ 申請者の方の身分証明書のコピー  
☐ その他 ( )

※以下の欄は記入しないでください。

|                       |           |             |
|-----------------------|-----------|-------------|
| 郵<br>送<br>処<br>理<br>欄 | 発 送 年 月 日 | 令和 年 月 日 郵送 |
|                       | 発 送 先     | 1. 被保険者住所   |
|                       |           | 2. 申請者住所    |
|                       |           | 3. 送付先設定住所  |
|                       |           | 4. その他住所    |