

後期高齢者医療保険料納付額（申告用）交付申請書

(宛先) 山 武 市 長

令和 年 月 日

下記のとおり交付を申請します。

記

請求者 (被保険者)	住 所	
	フリガナ	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生
	氏 名	
代理人 (委任された方)	住 所	
	フリガナ	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
	氏 名	
必要なもの	後期高齢者医療保険料納付額（申告用） 令和.....年納付分.....通	
本人確認	免許証 ・ 保険証 ・ 身分証明書 ・ その他（ ）	
備 考		受 付 印