

# 納付確認書(年末調整・確定申告用)交付申請書

国保 被保険者番号		申請日 令和 年 月 日	
後期 被保険者番号		介護 保険証番号	
※ 太枠のみご記入ください	納付義務者	住所	
	氏名	(生年月日: 年 月 日)	
窓口に来られた方	住所		
	氏名	納付義務者との続柄( )	
	電話番号	( )	
申請区分	国保・後期・介護のみ	令和 年分	
	国保・介護とも	令和 年分	
	後期・介護とも	令和 年分	
	国保・後期とも	令和 年分	
	国保・後期・介護とも	令和 年分	
※ 1世帯につき1通しか交付できません。			
吳市記入欄	申請者確認	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書・資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート
	委任確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書・資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証	※住民票別世帯の方に交付する場合は、委任状の提示が必要です。
	交付年月日	令和 年 月 日	
	交付	<input type="checkbox"/> 支所・市民窓口課 <input type="checkbox"/> 市民税課 <input type="checkbox"/> 保険年金課 <input type="checkbox"/> 介護保険課	発行者

## 委任状

※この委任状は、委任者(納付義務者)がすべての項目を記入してください。

代理人 : 住 所 :  
(窓口に来られる方)

氏 名 :

生年月日 : 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、次の書類の請求及び受領の権限を委任します。

- 国民健康保険料(税)納付確認書 令和 年分
- 後期高齢者医療保険料納付確認書 令和 年分
- 介護保険料納付確認書 令和 年分

吳市長様

(この委任状の作成日) 令和 年 月 日

委任者 : 住 所 :  
氏 名 : 印

生年月日 : 年 月 日

(国保 被保険者番号 : )  
(後期 被保険者番号 : )  
(介護 保険証番号 : )

(注意事項)  
※委任者本人が自署により作成した場合は、押印の必要はありません。  
※委任者の方に電話で確認させていただく場合があります。  
※内容に不備のある場合は、手続をお断りする場合があります。