

保険料納付額メモ申請書

◆介護保険課
◆国民健康保険課
◆高齢医療・年金課

北館 1 階 18・19 番窓口
北館 2 階 4 番窓口
北館 2 階 6・7 番窓口

(提出先)

足立区長

次のとおり申請します。

どなたの納付額メモが必要ですか

令和 年 月 日

住 所 足立区

(フリガナ) ※国民健康保険料の納付額メモ
氏 名 のみ世帯主名 (納付義務者名)

生年月日

必要な年

保険料の種類

※国民健康保険料の納付額メモは
世帯単位での発行です。

① (フリガナ)
※世帯主
氏 名
大・平
年 月 日
昭・令

☐ 国民健康保険料 通
☐ 後期高齢者医療保険料 通
☐ 介護保険料 通

② (フリガナ)
氏 名
大・平
年 月 日
昭・令

☐ 後期高齢者医療保険料 通
☐ 介護保険料 通

③ (フリガナ)
氏 名
大・平
年 月 日
昭・令

☐ 後期高齢者医療保険料 通
☐ 介護保険料 通

窓口に来た方

※1. 必要な人との関係が「1」または「2」で、上記と同じ
住所の場合、住所の記入は必要ありません。

必要な人
との関係

1. 本人 2. 同居の家族 (続柄)
3. その他 () ※代理人または別居の家族の場合は委任状が必要です

住 所

※1

氏 名

電話番号

()

—

以下職員記入欄

申請者の
確認方法

1. 運転免許証 2. パスポート 3. 在留カード 4. 個人番号カード 5. 住基カード
6. 資格確認書・保険証 (国保・後期高齢・介保・社保) 7. その他 ()

受付課

国民健康
保 険 課

高齢医療
・年金課

介 護
保 険 課

国保

記番 (2 1 — —)

後期

被保番①
②
③

担 当

介護

被保番①
②
③

決 裁

担当者

係 長

課 長

収
受
印