

# 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		保険料の種類	
(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)				※国民健康保険料の納付額メモは 世帯単位での発行です。	
生年月日		必要な年			
① ※ 世帯主	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 国民健康保険料 通 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 通 <input type="checkbox"/> 介護保険料 通	
	氏 名 大・平	年 月 日	年分		
	昭・令				
②	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 通 <input type="checkbox"/> 介護保険料 通	
	氏 名 大・平	年 月 日	年分		
	昭・令				
③	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 通 <input type="checkbox"/> 介護保険料 通	
	氏 名 大・平	年 月 日	年分		
	昭・令				

## 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. 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
	担当者	係 長	課 長	收受印	
決 裁					