

後期高齢者医療保険料 納額証明書・納額メモの郵送申請方法

この書類には、1年間（1月から12月）に納付された後期高齢者医療保険料の総額が記載されています。※納額メモは、納付額を確認するための書類であり、正式な証明書ではありません。

郵送による後期高齢者医療保険料納額証明書・納額メモの請求は、被保険者本人による申請に限ります。原則として、ご本人の住民登録地以外には郵送できませんので、ご注意ください。

【納額証明書を請求される方】は下記の1・2・3 を送付してください。
【納額メモを請求される方】 は下記の1・2

1 申請書

- ・ご記入は、黒または青色インクのペンでお願いします。
- ・「氏名」は必ず自署、押印（スタンプ印不可）してください。
- ・「必要な書類」は、請求する書類を○で囲んでください。

2 返信用封筒

- ・被保険者ご本人の住所・氏名をご記入のうえ、返信用の切手（3通までは84円）をお貼りください。（勤務先・別住所等には送付できません。）

3 手数料

【納額証明書を請求される方】 証明書1通につき300円

- ・必要通数分の手数は「定額小為替」でお願いします。（切手、印紙は不可）
- ・定額小為替は、ゆうちょ銀行または郵便局の貯金窓口で扱っています。定額小為替購入時の手数料（1枚100円）はお客様の負担となりますので、あらかじめご了承ください。
- ・定額小為替には何も記入しないでください。

【納額メモを請求される方】 無料ですので、手数料は不要です。

◇送付先◇点線部分を切り取って、送付する際にご利用ください。

〒120-8510

東京都足立区中央本町 1-17-1

足立区役所 高齢医療・年金課 資格収納係 行

◇問い合わせ先◇

足立区 高齢医療・年金課 資格収納係

電話 03-3880-6041（直通） FAX 03-3880-5618

後期高齢者医療保険料 納額証明・納額メモ申請書

年 月 日

(提出先)

足立区長

下記のとおり申請します。

どなたの証明が必要ですか	住所	〒 —									
	フリガナ 氏名										
	生年月日	明・大・昭			年		月		日		
	日中、連絡が可能な電話番号	— —									
	被保険者番号										

必要な書類 (どちらかに○)	納額証明 (有料 1通につき300円) ・ 納額メモ (無料)
-------------------	---------------------------------

必要な年・通数	平成 年 (通) 令和
---------	-----------------

備考	
----	--

以下、職員記入欄

事務処理欄 (該当するものにチェック)	
発行書類	<input type="checkbox"/> 納額証明 (有料 300円) <input type="checkbox"/> 納額メモ (無料)

足区高証第 号

受付者	担当者	収 受 印
課長	係長	