国民健康保険料

後期高齢者医療保険料

介護保険料

　　　　　　　　　　　　　　　納付済額通知書　交付申請書

（あて先）鳥　取　市　長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり交付を申請します。  　（窓口に来られた人） | | | 申請日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 申 請 者 | 氏　名 |  | 被保険者  との関係 |  |
| 住　所 | 電話番号 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 ※ | 被保険者番号※ | |  |  | |  |
| フリガナ |  | | 生年  月日 | 明・大・昭・平  　　　　　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 | □申請者と同じ  　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |

※国民健康保険料の場合、被保険者番号は記号番号、被保険者は世帯主名です。

　＊後期高齢者医療保険料・介護保険料のみ

　　上記以外の方の分が必要な場合は、下記へご記入ください（同世帯員に限る）。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  |  | |  |
| フリガナ |  | | 生年  月日 | 明・大・昭・平  　　　　　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 納付額のある保険料 | **□**国民健康保険料　　**□**後期高齢者医療保険料　　**□**介護保険料 |

郵送を希望される場合は、

毎年１月下旬ごろにお送りします。

|  |  |
| --- | --- |
| 翌年以降の郵送希望 | **□**希望する　　　**□**希望しない |

市役所記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年月日 | 処理者 | （窓口）本人確認 |
| 受付日 | ・　　・ |  | マイナンバーカード・運転免許証  保険証・その他（　　　　　　　　） |
| 交付日 | ・　　・ |  |