

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 氏 名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	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
氏 名		年 月 日	

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	・ ・		