

- ・送付時に同封するメモとして、ダウンロードしてこちらの用紙もお使いいただけます。
 - ・送付前の確認用チェックリストも併せてご活用ください。

【メモ】

- ・後期高齢者医療保険料の納付額確認書の発行を希望します。

(1)

〈依頼する人〉

- ・氏名： _____ 発行対象者との続柄： _____
- ・生年月日： _____ 年 月 日
- ・住所
〒 _____

- ・電話番号： _____

〈確認書の発行対象者(被保険者本人)〉

- ・氏名： _____
- ・生年月日： _____ 年 月 日
- ・住所
〒 _____

- ・電話番号： _____

(2) 希望する納付額確認書の後期高齢者医療保険料の対象年・発行通数

| 対象年 | 発行通数 |
|-----|------|
| 年分 | 通 |
| 年分 | 通 |

(例) 令和〇年分