

- ・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