【送付前・確認用チェックリスト】

・確認用にご利用ください。（送付物に同封する必要はありません。）

〈同封するメモ〉

* 依頼する人の氏名、生年月日、住所、電話番号及び発行対象者との続柄を記入しましたか。
* 証明書の発行対象者（被保険者本人）の氏名、生年月日、住所及び電話番号を記入しましたか。
* 納付額証明書発行を希望する「対象年」（1/1～12/31の間の納付額を証明したい年）を記入しましたか。
* 希望する納付額証明書の「発行通数」を記入しましたか。
* 依頼する人の本人確認書類の写しを同封しましたか。
* 証明書の発行対象者（被保険者本人）分の本人確認書類の写しを同封しましたか。

〈返信用封筒〉

* 封筒の表面に記入する宛先は、以下①②のどちらかを記入していますか。（宛先が①②以外の場合は、証明書の郵送ができません。）

①　証明書の発行対象者（被保険者本人）の送付先

②　高齢者医療年金係に、『後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書』により届出した届

出済の送付先

* 同封する返信用封筒の表に上記①②のどちらかの宛先（郵便番号・住所・宛名）を記入していますか。
* 封筒に切手（110円分）を貼りましたか。

〈封入する書類〉

* 返信用封筒（宛先記入済、切手貼付済）
* 本人確認書類の写し（「依頼する人」分）
* 本人確認書類の写し（「証明書の発行対象者（被保険者本人）」分※

（※依頼する人＝証明書の発行対象者（被保険者本人）の場合は1枚で構いません。）

* メモ（必要事項記入済のもの）

〈郵送用封筒〉

* 封筒の表面に、以下の宛先（東大和市高齢者医療年金係宛）を記入しましたか。(以下、枠内で切り取ってお使いいただいても構いません。)

［封筒に記入する宛先］

|  |
| --- |
| **〒207-8585****東大和市中央３-930****東大和市役所　保険年金課　高齢者医療年金係****〈納付額証明書発行希望〉** |