・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証明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：　　　　　－　　　　　－

〈証明書の発行対象者（被保険者本人）〉

・氏名：

・生年月日：　　　　　年　　　月　　　日

　・住所

　〒　　　　－

　・電話番号：　　　　　－　　　　　－

（２）　希望する納付額証明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○年分