

国民健康保険税納付確認申請書

石 巻 市 長 殿

令和 年 月 日 申請

① どなた（世帯主）の証明が必要です。

※太枠の中だけ記入して下さい。
※同居所でも世帯が異なる場合は委任状が必要です。

住 所			
フリガナ		生 年 月 日	
氏 名		年 月 日生	

② 窓口に来た方はどなたですか。（本人 同一世帯の親族 代理人（委任状必要））

住 所	<input type="checkbox"/> ①と同じ		
フリガナ		電 話 番 号	
氏 名	<input type="checkbox"/> ①と同じ		— —

③必要とする納付期間はいつですか。

	年	月	日	から
	年	月	日	まで

④使い道は何ですか。（使用目的を具体的に記入して下さい。）

<input type="checkbox"/>	確定申告	
<input type="checkbox"/>	その他（	）

◎窓口に来た方の本人確認が必要です。官公署発行の写真付き身分証明書（個人番号カード、運転免許証、パスポートなど）を1点、もしくは、個人番号通知カード、健康保険証、年金手帳等の中から2点お待ちください。

※ここから記入不要です。

職員 確認 欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 住基カード(写真付)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	確認番号（
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 個人番号通知カード	）
<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 船員手帳	聴聞：有・無（	
<input type="checkbox"/> 通 帳	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> その他（		

補正欄	<input type="checkbox"/> 同一世帯確認	<input type="checkbox"/> 委任状指導
-----	---------------------------------	--------------------------------

課 長	課長補佐	G L	G	受付