

国民健康保険税
後期高齢者医療保険料 納付額明細請求書 兼 登録・登録削除申請書
介護保険料

(年末調整用・確定申告用)

(あて先)

八代市長

次のとおり _____ 年分 上記の社会保険料納付額明細書を申請します。

令和 年 月 日

フリガナ 申請者氏名 (窓口に来た人)	
申請者住所	TEL

- ◎ご本人もしくは同一世帯のご家族が申請される場合、申請に来られる方の身分証明書等をご提示ください。
- ◎それ以外の方が申請される場合、委任状と申請者(代理人)の身分証明書等が必要となります。
- ◎世帯主に変更があった場合は、再度登録が必要になります。

必要なもの	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税(八代) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料() <input type="checkbox"/> 介護保険料()		宛名番号 【 】
被 保 険 者	フリガナ	申請者との 続柄	納付額明細書 発送
	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	(申請者と同じ・その他の住所)	
	TEL		<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 削除

必要なもの	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税(八代) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料() <input type="checkbox"/> 介護保険料()		宛名番号 【 】
被 保 険 者	フリガナ	申請者との 続柄	納付額明細書 発送
	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	(申請者と同じ・その他の住所)	
	TEL		<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 削除

必要なもの	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税(八代) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料() <input type="checkbox"/> 介護保険料()		宛名番号 【 】
被 保 険 者	フリガナ	申請者との 続柄	納付額明細書 発送
	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	(申請者と同じ・その他の住所)	
	TEL		<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 削除

職 員 記 入 欄	申請者本人確認	受付					登録入力
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他の公的書類 ()	国保	後期	介護	市民課	支所	年 月 日