

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

代理人（窓口に来た人）

※本人確認のため、代理人の身分証明書等を提示ください。

氏 名 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____

上記の者を代理人と定め、上記納付額明細書の受領権限を委任し、_____年分の
 納付額明細書を請求いたします。

(あて先)
 八代市長

令和 年 月 日

依頼人・請求者

| | 必要なもの | 氏名 | 住所 | 生年月日 | 明細書発送 |
|---|--|-------|----------------------------|------------------------|---------------|
| 例 | <input type="checkbox"/> 国保(八代) <input checked="" type="checkbox"/> 後期(12345678) <input checked="" type="checkbox"/> 介護(0123456789) | 八代 太郎 | 八代市松江城町1-25 球磨川コーポ101号室 | T・S・H・R 1年 1月 1日 | 登録 ・ 削除 |
| 1 | <input type="checkbox"/> 国保(八代) <input type="checkbox"/> 後期() <input type="checkbox"/> 介護() | | | T・S・H・R 年 月 日 | 登録 ・ 削除 |
| 2 | <input type="checkbox"/> 国保(八代) <input type="checkbox"/> 後期() <input type="checkbox"/> 介護() | | | T・S・H・R 年 月 日 | 登録 ・ 削除 |
| 3 | <input type="checkbox"/> 国保(八代) <input type="checkbox"/> 後期() <input type="checkbox"/> 介護() | | | T・S・H・R 年 月 日 | 登録 ・ 削除 |
| 4 | <input type="checkbox"/> 国保(八代) <input type="checkbox"/> 後期() <input type="checkbox"/> 介護() | | | T・S・H・R 年 月 日 | 登録 ・ 削除 |
| 5 | <input type="checkbox"/> 国保(八代) <input type="checkbox"/> 後期() <input type="checkbox"/> 介護() | | | T・S・H・R 年 月 日 | 登録 ・ 削除 |
| 6 | <input type="checkbox"/> 国保(八代) <input type="checkbox"/> 後期() <input type="checkbox"/> 介護() | | | T・S・H・R 年 月 日 | 登録 ・ 削除 |
| 7 | <input type="checkbox"/> 国保(八代) <input type="checkbox"/> 後期() <input type="checkbox"/> 介護() | | | T・S・H・R 年 月 日 | 登録 ・ 削除 |

◎ 代理人が記入した場合は、代理人の署名捺印 氏 名（直筆）_____

| 職員記入欄 | 代理人の本人確認書類 | 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 |
| | | | | | | 年 月 日 | |