

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、令和 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 )<br><input checked="" type="checkbox"/> 後期( 12345678 )<br><input checked="" type="checkbox"/> 介護( 0123456789 ) | 八代 太郎  | 八代市松江城町 1 - 2 5<br>球磨川コーポ 1 0 1 号室 | M・T・S・H<br>1 年<br>1月 1日 | 登録<br>・<br>削除 |
| 1 | <input type="checkbox"/> 国保(八代 )<br><input type="checkbox"/> 後期( )<br><input type="checkbox"/> 介護( )   |       |                                    | M・T・S・H<br>年<br>月 日     | 登録<br>・<br>削除 |
| 2 | <input type="checkbox"/> 国保(八代 )<br><input type="checkbox"/> 後期( )<br><input type="checkbox"/> 介護( )   |       |                                    | M・T・S・H<br>年<br>月 日     | 登録<br>・<br>削除 |
| 3 | <input type="checkbox"/> 国保(八代 )<br><input type="checkbox"/> 後期( )<br><input type="checkbox"/> 介護( )   |       |                                    | M・T・S・H<br>年<br>月 日     | 登録<br>・<br>削除 |
| 4 | <input type="checkbox"/> 国保(八代 )<br><input type="checkbox"/> 後期( )<br><input type="checkbox"/> 介護( )   |       |                                    | M・T・S・H<br>年<br>月 日     | 登録<br>・<br>削除 |
| 5 | <input type="checkbox"/> 国保(八代 )<br><input type="checkbox"/> 後期( )<br><input type="checkbox"/> 介護( )   |       |                                    | M・T・S・H<br>年<br>月 日     | 登録<br>・<br>削除 |
| 6 | <input type="checkbox"/> 国保(八代 )<br><input type="checkbox"/> 後期( )<br><input type="checkbox"/> 介護( )   |       |                                    | M・T・S・H<br>年<br>月 日     | 登録<br>・<br>削除 |
| 7 | <input type="checkbox"/> 国保(八代 )<br><input type="checkbox"/> 後期( )<br><input type="checkbox"/> 介護( )   |       |                                    | M・T・S・H<br>年<br>月 日     | 登録<br>・<br>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<br><input type="checkbox"/> 免許証<br><input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> その他の公的書類<br>( ) | 国保 | 後期 | 介護 | 市民課 | 支所 | 年 月 日   |