

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) <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	M・T・S・H 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()			M・T・S・H 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()			M・T・S・H 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()			M・T・S・H 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()			M・T・S・H 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()			M・T・S・H 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()			M・T・S・H 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()			M・T・S・H 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
		国保	後期	介護	市民課	支所	
	<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 〔 〕						年 月 日