

介護保険料
益城町 納付確認書交付申請書
後期高齢者医療保険料

令和 年 月 日

健康保険課長 様

住 所

氏 名

電話番号

被保険者との関係 ()

下記の者の益城町 介護保険料 ・ 後期高齢者医療保険料 納付確認書の
交付を申請します。

被保険者番号	介護	後期
被保険者氏名 (生年月日)	(大 ・ 昭 年 月 日)	
被保険者住所	益城町大字	
該当年	平成 年分	令和 年分

本人確認方法

本人来庁時		代理人来庁時		受付者		
以下の一点で確認 (顔写真あり)	以下のいずれか2点で確認	被保険者の委任意志確認	代理人の本人確認		介護	後期
			以下の一点で確認 (顔写真あり)	以下のいずれか2点で確認		
免許 ・ マイナンバー 旅券 ・ 在留カード その他 ()	保険証 キャッシュカード その他 ()	被保険者の保険証 委任状	免許 ・ マイナンバー 旅券 ・ 在留カード その他 ()	社保 ・ 共済 ・ 国保 ・ 後期 キャッシュカード その他 ()		