

介護保険料
益城町
後期高齢者医療保険料

納付確認書交付申請書

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)	☐ 同上 (大 ・ 昭 年 月 日)	
被保険者住所	益城町大字	☐ 同上
該当年	令和 年分	

受付者	
介護	後期

本人来庁時		代理人来庁時		
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	
			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 手帳・その他 ()	資格確認書 通帳 ・ 介護保険証 その他 ()	被保険者の資格確認書 委任状	免許 ・ マイナンバー 旅券 ・ 在留カード 手帳 ・ その他 ()	資格確認書・通帳・介護保険証 その他 ()