

# 国民健康保険料・後期高齢者医療保険料・介護保険料 納付証明書交付申請書

(あて先) 松山市長

令和 年 月 日

次のとおり 平成  
令和 年分の国民健康保険料・後期高齢者医療保険料・介護保

険料納付証明書の交付を申請します。

申請人 住所 松山市 町 丁目 番 地 号  
(窓口に来た人) フリガナ  
氏名 .....

生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日)

電話番号 ( )

証明が必要な人との関係 ( 本人 ・ 同一世帯員 ・ 代理人 ・ その他 ( ) )

証明が必要な人 ※以下、申請人と同じ場合は下の□に☑を付けてください。				必要な 証明書										
フリガナ		被保番号 (国保/後期)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;">/</td><td style="width: 20px;">/</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>	/	/									<input type="checkbox"/> 国保 ( 枚)
/	/													
氏名①	□ (同上)	被保番号 (介護)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> 後期 ( 枚)
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護 ( 枚)												
フリガナ		被保番号 (国保/後期)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;">/</td><td style="width: 20px;">/</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>	/	/									<input type="checkbox"/> 国保 ( 枚)
/	/													
氏名②		被保番号 (介護)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> 後期 ( 枚)
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護 ( 枚)												
住所	松山市 町 丁目 番 地 号	電話番号 ( )												

※申請人の本人を確認できる書類が必要です。  
・運転免許証、パスポート、住民基本台帳カード、健康保険証、年金手帳など官公署が発行したもの、その他本人しか持ち得ないもの。なお、住民票や戸籍謄本および個人番号通知カードは本人確認書類として使用できません。  
※申請人が代理人の場合は、委任状が必要です。  
※被保険者が死亡している場合について、申請人は代理人(相続人等)となりますが、代理人の本人を確認できる書類と、委任状の代わりに被保険者との関係が分かる書類(戸籍等)が必要です。ただし、裏面の念書に必要事項を記入のうえ、記名・押印(シャチハタ不可)することで関係書類に代えることができます。

◎担当課確認欄

申請人 確認書類	1点	運転免許証 パスポート 住基カード 個人番号カード ( ) 被保険者証 年金手帳・年金証書 その他公的機関が発行した証明書 ( )	受付印
その他 添付書類		代理人の場合；委任状 本人死亡の場合；戸籍 その他 ( )	
受付方法		窓口 ( 国保・介護・高齢 課 福祉総合窓口 受付) 郵送 電話 FAX 電子メール	
		( 国保 ・ 介護 ・ 高齢 ) 課 より依頼 ( ) 支所より依頼	
交付方法		窓口 郵送 ( 国保 ・ 介護 ・ 高齢 )課へ依頼	

# 念 書

令和 年 月 日

(あて先)  
松山市長

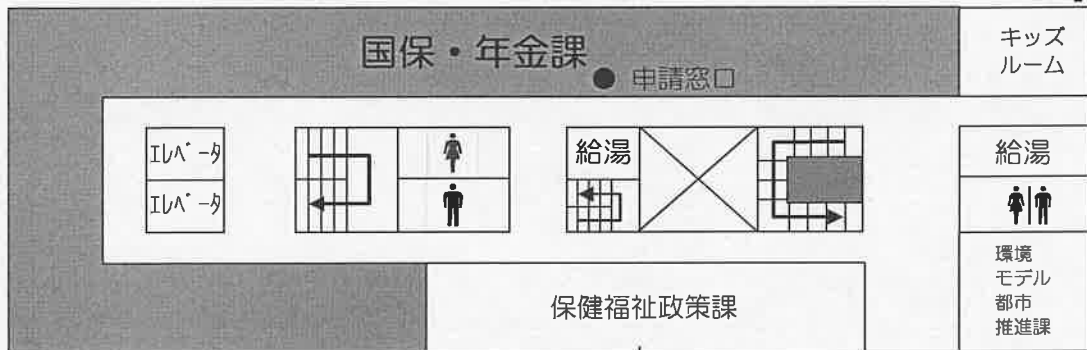
私は、納付証明書を交付申請するにあたり、関係書類を添付する代わりに、  
(被保険者) \_\_\_\_\_ の (続柄) \_\_\_\_\_ であることを申立てます。

なお、納付証明書が交付されたことについて、相続人等の中で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、松山市には一切ご迷惑はおかけしません。

申請人 (相続人等)	住所
	氏名

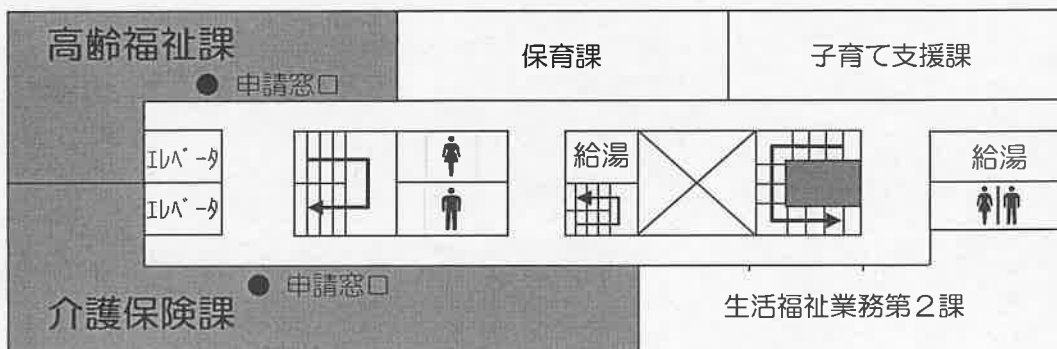
## 別館 3 階

- ① 国民健康保険料納付証明書の交付を受けたい方⇒国保・年金課へ



## 別館 2 階

- ② 後期高齢者医療保険料納付証明書の交付を受けたい方⇒高齢福祉課へ  
③ 介護保険料納付証明書の交付を受けたい方⇒介護保険課へ



# 委任状

令和 年 月 日

代理人 住所  
氏名

国民健康保険料

私は、上記の者を代理人とし、 後期高齢者医療保険料 に関する納付証明書の申請と

介護保険料

受領の権限を委任いたします。

委任者 住所 .....

氏名 .....