

|     |     |       |    |
|-----|-----|-------|----|
| 理事長 | 事務長 | 事務長補佐 | 出納 |
|     |     |       |    |

## 国民健康保険料確認書交付請求書

京都市食品衛生国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

①どなたの証明が必要ですか

|               |      |           |   |     |       |
|---------------|------|-----------|---|-----|-------|
| 被保険者証の記号      |      | 記号        | 食 | 番 号 |       |
| 被保険者<br>(事業主) | 住 所  |           |   |     |       |
|               | 氏 名  |           |   | 性 別 | 男 ・ 女 |
|               | ☎    | ( )       | - |     |       |
|               | 生年月日 | 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 | 月   | 日     |

②いつの証明が必要ですか

|     |   |
|-----|---|
| 年区分 | 平・令 年 月 分 ~ 平・令 年 月 分   |
| 種 類 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 |

↓ 上記以外の方が窓口に来られた場合にご記入下さい。

|            |      |           |   |       |                           |
|------------|------|-----------|---|-------|---------------------------|
| 窓口に来られたあなた | 住 所  |           |   |       |                           |
|            | フリガナ |           |   | 性 別   | 必要な人から見た<br>関係<br><br>( ) |
|            | 氏 名  |           |   | 男 ・ 女 |                           |
|            | 生年月日 | 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 | 月     |                           |
|            | ☎    | ( )       | - |       |                           |

↓ 上記以外の方が窓口に来られた場合は、①の事業主からの委任が必要ですので、以下の委任状欄を記載してもらって下さい。

|     |      |           |   |       |                           |
|-----|------|-----------|---|-------|---------------------------|
| 委任状 | 住 所  |           |   |       |                           |
|     | フリガナ |           |   | 性 別   | 必要な人から見た<br>関係<br><br>( ) |
|     | 氏 名  |           |   | 男 ・ 女 |                           |
|     | 生年月日 | 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 | 月     |                           |
|     | ☎    | ( )       | - |       |                           |

私は、上記②の者を代理人と定め、上記国民健康保険料確認書、介護保険料確認書および後期高齢者医療保険料確認書の交付請求および受取に関する一切の権限を委任します。

申請者確認    顔写真付き身分証明    保険証    その他