

国民健康保険料 納付証明交付願

川崎市国民健康保険料の納付証明の交付を願います。

(あて先)川崎市 区長 年 月 日

※太枠の中だけ記入してください。

納付義務者	被 保 険 者 番 号			
	住 所			
	電 話 番 号	()	—	
	フリガナ			
	氏 名			
生年月日	明・大 昭・平 西 暦	年	月	日

交付を願 出る方 窓 口 に こられた方	<input type="checkbox"/> 本人 (交付を願ひ出る方が、ご本人である場合は、住所等の記載は不要です)			
	<input type="checkbox"/> 同一世帯の方 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()	住 所	〒 —	
		電 話 番 号	()	—
		フリガナ		
	氏 名			

- 窓口にくられた方は、自身を証明できるもの(公的証明書等)を提示してください。
- 同一世帯以外の方が交付を願ひ出る場合、委任状が必要です。

提出先 (使用目的)	<input type="checkbox"/> 在留申請・更新手続き <input type="checkbox"/> その他()					
必要な納付年	年度		通		年度	通
	年度		通		年度	通
	年度		通		年度	通

- 原則、当該年を含む5年間です。

川 崎 市 記 入 欄	確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(個人番号カード) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他() ※委任状添付 有・無	受 付 印	備 考		
				担 当	係 長	課 長

※納付証明は、確定申告や年末調整には使えませんのでご注意ください。