

国民健康保険料 納付証明交付願

見本

川崎市国民健康保険料の納付証明の交付をお願いします。

(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	12345678
	住所	〒555-1234 川崎市川崎区宮本町1-1-1
	電話番号	() -
	フリガナ	カワサキ タロウ
	氏名	川崎 太郎
生年月日	明・大 昭・平 西暦	〇〇年 〇〇月 〇〇日

交付を願 い出る方 窓口 に こられた方	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 (交付を願 い出る方が、ご本人である場合は、住所等の記載は不要です)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 同一世帯の方 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()	住所	〒 - 同上
		電話番号	() -
		フリガナ	カワサキ ハナコ
	氏名	川崎 花子	

- 窓口
に
こられた方は、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
い出る場合、委任状が必要です。

提出先 (使用目的)	<input checked="" type="checkbox"/> 在留申請・更新手続き	<input type="checkbox"/> その他()		
必要な納付年	平成30年度	1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。