

# 後期高齢者医療保険料納付証明申請書

令和 年 月 日申請

米子市長様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記について、後期高齢者医療保険料の納付状況を証明願います。

納付義務者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

年度	請求数
年度	通
年度	通
年度	通

使用目的（該当番号を○で囲んでください。）

- 指名競争入札参加資格審査申請書添付
- 金融機関等提出
- その他（ ）

申請者が納付義務者本人及び同世帯員と相違する場合は委任状を作成してください。

## 委任状

令和 年 月 日

私は、左記申請者に後期高齢者医療保険料納付証明を交付申請し、受領することを委任します。

なお、証明の種類、証明年度、請求通数については、申請者申し出の通りとします。

委任者（納付義務者）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

注意：委任状の偽造は私文書偽造罪にあたるとともに、民事上の損害賠償責任を負うことがあります。