

国民健康保険料納付証明書
介護保険料納付証明書
後期医療保険料納付証明書

総発行枚数

国保 () No. _____
介護 () No. _____
後期 () No. _____
発行者 _____

佐伯市長様

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 本人確認 | 運転免許証・個人番号カード・ () | | 年 月 日 |
| 窓口に来られた方 (申請者) | 住所 | TEL () - | |
| | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 後期 | 年分 | ふりがな 生年月日 M・T 年 月 日 S・H・R |
| | 氏名 | | |
| どなたの 証明が必要 ですか? <small>(本人の場合は記入不要)</small> | 住所 | 窓口に来られた方はどなたですか? 本人・同世帯の家族・その他() | |
| | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 後期 | 年分 | ふりがな 生年月日 M・T 年 月 日 S・H・R |
| | 氏名 | | |
| | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 後期 | 年分 | ふりがな 生年月日 M・T 年 月 日 S・H・R |
| | 氏名 | | |
| | | | |

※ 年末調整、確定申告の社会保険料控除のための証明です。
指定年の1月1日～12月31日に納付された金額が表示されます。
※ 各事業所が代表で来られた場合、事業所名もご記入ください。

国民健康保険料納付証明書
介護保険料納付証明書
後期医療保険料納付証明書

総発行枚数

国保 () No. _____
介護 () No. _____
後期 () No. _____
発行者 _____

佐伯市長様

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 本人確認 | 運転免許証・個人番号カード・ () | | 年 月 日 |
| 窓口に来られた方 (申請者) | 住所 | TEL () - | |
| | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 後期 | 年分 | ふりがな 生年月日 M・T 年 月 日 S・H・R |
| | 氏名 | | |
| どなたの 証明が必要 ですか? <small>(本人の場合は記入不要)</small> | 住所 | 窓口に来られた方はどなたですか? 本人・同世帯の家族・その他() | |
| | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 後期 | 年分 | ふりがな 生年月日 M・T 年 月 日 S・H・R |
| | 氏名 | | |
| | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 後期 | 年分 | ふりがな 生年月日 M・T 年 月 日 S・H・R |
| | 氏名 | | |
| | | | |

※ 年末調整、確定申告の社会保険料控除のための証明です。
指定年の1月1日～12月31日に納付された金額が表示されます。
※ 各事業所が代表で来られた場合、事業所名もご記入ください。