

後期高齢者医療保険料納付確認申請書

大洲市長 様

令和 年 月 日

納付義務者（必要な方）	
住 所	
ふりがな	
氏 名	⑩
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日

（注意）

代理人が申請されるときは、必ず代理人選任届が必要です。

代 理 人 選 任 届

私は、下記の者を代理人に選任し、後期高齢者医療保険料納付確認書の請求について、その権限を委任したのでお届けします。

代理人（窓口に来られた方）	
住 所	
ふりがな	
氏 名	
納付義務者との続柄	