

承認印	係 印

# 国民健康保険証明書交付申請書

※太枠の中を記入してください。

長岡市長様

令和 年 月 日

保証第 号

申請者	住所		平成 年度分 令和		
	氏名 (生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生)		1	国民健康保険適用 開始・終了証明書	通
	電話番号 ( )		2	国民健康保険料納付済額	通
私は、次の者に証明書交付の申請事務を委任します。		委任者の印	3	給付返納金納付済額	通
代理人	住所		4		通
	氏名		5		通
	電話番号 ( )		6		通
	申請者との関係 <input type="checkbox"/> 同一世帯の家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )		7		通
			8		通
確認			交付件数		手数料
	免許証 障害者手帳 パスポート マイナンバーカード 健康保険証 在留カード 特別永住者証明書 年金手帳 介護保険証 学生証 通帳 キャッシュカード クレジットカード その他 ( )		件		円

