文書番号

＜後期高齢者医療保険料完納証明書＞

窓あき宛名

郵便還付先

|  |
| --- |
| タイトル |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  |  |
| 被保険者住所 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　度 | 表見出し１  金額タイトル | 表見出し２  金額タイトル | 表見出し３  金額タイトル | 備　考 |
|  | 固定文言１ | | | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 合　計 |

|  |
| --- |
| 案内文１ |

発行年月日

自治体の名称

印

問い合わせ先

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号　担当部署FAX番号　担当部署メール