|  |
| --- |
| 表タイトル |
|  |

発行年月日

＜後期高齢者医療保険料納付誓約書＞

郵便還付先

|  |
| --- |
| タイトル |

記入日： 年　　月　　日

自治体の名称殿 （〒　　　－　　　　）

住所

電話番号

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名

|  |
| --- |
| 固定文言１ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  | | |  |  | | --- | --- | | 申請理由 | 固定文言２ | | 内　容 | (その他の場合記入して下さい) | | 備考１  （固定  文言３） | 固定文言４ | |

納付誓約日：納付誓約日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相当年度 | 賦課年度 | 期別番号 | 誓約期限日 | 徴収額 | 備考２（固定文言５） |
|  |  |  |  |  | 固定文言６＋編集１ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 徴収合計額 | | | |  |  |

P.ページ数／総ページ数

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