

仙台市

☒ 国民健康保険料
☐ 後期高齢者医療保険料

納付額証明書交付申請書

(該当するものにレ点してください。)

仙台市国民健康保険料・後期高齢者医療保険料の納付額証明書の交付を申請します。

(あて先) 仙台市 **青葉** 区長

※太枠の中だけ記入してください。

申請年月日 令和7年 1月 6日		
① 証明書が必要な方 ※国民健康保険料の 場合は、世帯主(納 付義務者)の方を ご記入ください	住 所 仙台市 青葉 区 国分町3丁目7-1	
	フリガナ センダイ タロウ	生年月日
	氏 名 仙 台 太 郎	平成2年 2月 2日
	電話番号 (022) 261 - 1111	
② 被保険者番号 ※資格確認書や資格 情報のお知らせ等 を参照ください。	国民健康保険	
	後期高齢者医療保険	
③ ご使用の目的及び 必要な納付年	☒ 年末調整・税申告 ☐ 納付の確認 ☐ その他 () ◎納付した年分 令和6 年分	
④ 窓口に来られた方 (申請者) 郵送の場合は 申請者です。	☐ 本人 () 同一世帯員以外の方は委任状等が必要です。	
	☒ 代理人 (配偶者 ・ 子 ・ 父母 ・ その他 : 会社の同僚)	
	住所 仙台市青葉区上杉1丁目5-1 (住所が本人と同一の場合は同上で構いません)	
	氏名 青 葉 次 郎 電話番号 (022) 225 - 7211	

◎ ご注意ください

○同一世帯員以外の方が申請される場合は、委任状等本人の同意を確認できる書類が必要になります。

○窓口に来た方の本人確認をさせていただきますので、公的証明書等(運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、年金手帳、外国人在留カード等の官公署発行のもの)をお持ちください。

(下欄の記入は必要ありません)

仙 台 市 処 理 欄	(収受)	決裁年月日 年 月 日	課 長	係 長	係 員	
		発行年月日 年 月 日				
		交 付 方 法 ☐ 窓 ☐ ☐ 郵 送 (/ 発送)				
	本人確認等	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ 資格確認書 ☐ 年金手帳 ☐ 福祉手帳 ☐ 外国人在留カード ☐ その他 ()				
		代理人の場合	☐ 委任状 ☐ その他 ()			
		備考	公印等 確認者		受付者	