

国民健康保険料納付済証明書交付申請書

年 月 日

沖縄市長 様

証明の必要な人（世帯主）

住 所	沖縄市
フリガナ	
氏 名	ⓐ
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

※印鑑(認印可、スタンプ印不可)を持参して
ない場合は、拇印を捺印し身分証明書の確認
が必要です

<input type="checkbox"/> 保険手帳 【 国保 ・ 社保 】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()

申請者（窓口に来た人）

通知書番号	
-------	--

住 所	沖縄市
フリガナ	
氏 名	ⓐ
世帯主との続柄	
TEL:	- -

※世帯員であり印鑑を持参していない場合は、
拇印を捺印し身分証明書の確認が必要です。

<input type="checkbox"/> 保険手帳 【 国保 ・ 社保 】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()

※申請者が世帯員以外の場合は、委任状が必要になります。

証明が必要な年

- 平成・令和 年中・年度
- 平成・令和 年中・年度
- 平成・令和 年中・年度
- 滞 納 の な い 証 明

※ 納付済証明書が発行できるのは、過去5ヶ年分までです。

使用目的

- 申告用
- 金融機関提出用
- 年末調整用
- その他

()

備考	
----	--