

社会保険料納入証明申請書（郵便請求用）

日出町長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		旧姓	
	氏名			
	現住所			
	日出町に居住していたときの住所	大分県速見郡日出町		
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月
電話番号	()	—		
証明が必要な方	フリガナ		旧姓	
	氏名			
	現住所			
	日出町に居住していたときの住所	大分県速見郡日出町		
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月

申請する社会保険料の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料
必要年	年分

*郵送するもの

- 社会保険料納入証明申請書（郵便請求用）
- 返信用封筒（切手を添付し、返信先を明記）
- 身分証明書（マイナンバーカード/運転免許証等）の写し
※マイナンバーカードの写しを郵送する場合は表面のみで良いです。
裏面には個人番号の記載がある為不要になります。

*送付先

〒879-1592 大分県速見郡日出町 2974 番地 1 日出町役場 税務課
TEL 0977-73-3123 ※FAX、電子メールによる申請はできません。