

保険料納付の確認に係る書類交付申請書

下記の事項について、保険料納付済金額の確認に係る書類の交付を申請します。

被保険者番号	長・		
世帯主	氏 名		
	生 年 月 日	昭・平	年 月 日
	住 所		
	電 話 番 号		
対象年	令和 年分（1月～12月）		
必要とする理由 (該当するものに チェックしてください)	☐ 確定申告の資料 ☐ 年末調整の資料 ☐ その他（ ）		

令和 年 月 日

長岡京市国民健康保険課 様

(申請者) 〒

住所 長岡京市

氏名