

## 後期高齢者医療保険料納付確認書交付申請書(令和4年分)

(宛先) 上越市長

令和 年 月 日

申請人 住所  
(窓口に来た人)

氏名  
日中に連絡の取れる電話番号 ( - - )

○被保険者の住所、氏名を記入してください。

住所		
フリガナ		生 年 月 日
氏 名		明・大・昭・平 年 月 日

※本人または同居の親族以外の方が申請する場合は、委任状が必要です。

### 委 任 状

令和 年 月 日

私は、上記申請人を代理人とし、後期高齢者医療保険料納付確認書を請求・受領することについて委任します。

依頼した人 住所

氏名

※記載された個人情報は、後期高齢者医療保険料納付確認書発行業務以外には使用しません。