後期高齢者医療納付額証明書　交付申請書

白馬村長　宛

年　　月　　日請求

申請人 （必要な方）	住所	
	氏名	
	生年月日	西暦・大正・昭和・平成　　年　　月　　日
	電話番号	
代理人 （窓口に来られた方）	住所	
	氏名	
	生年月日	西暦・大正・昭和・平成　　年　　月　　日
	電話番号	
後期高齢者医療　納付額証明書	必要な年 年	通数 通

担当課使用欄

添付書類	委任状・戸籍謄本・社員証・身分証明書・その他（　　）	担当者
本人確認	個人カ・運免・パスポ・在留カ・その他（　　）	