

社会保険料納付済書請求書

長野市

保健福祉部 国保・高齢者医療課長 宛
保健福祉部 介護保険課長 宛

請求日 令和 年 月 日

【請求者】※1 事務所所在地 事務所名 税理士氏名 電話番号 登録番号	職印 第 号
【使用者】※2 住所 氏名	印

所得税確定申告書等の作成を受任したため、次の者に係る令和 年分社会保険料納付済書の交付を請求します。

フリガナ 被保険者 (国民健康保険料は世帯主)	生年月日	住所	社会保険料の種類 (該当するものに☑印)
	M・T・S・H・R ・ ・	長野市	<input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料
	M・T・S・H・R ・ ・	長野市	<input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料
	M・T・S・H・R ・ ・	長野市	<input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料
	M・T・S・H・R ・ ・	長野市	<input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料
	M・T・S・H・R ・ ・	長野市	<input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料

(記入欄が不足する場合は、別紙等に適宜記入の上、本書に添付してください。)

※1 税理士法人が請求する場合は、法人の名称及び事務所の所在地、代表税理士の氏名及び法人番号を記載し、職印は業務において通常使用しているものを押印してください。

※2 自宅住所を記載してください。ただし、身分証明書を有する場合は、事務所の所在地を記載してください。

長野市処理欄

受付 ・ 国保／後期／介護	回答 ・ 窓口／郵送
---------------------	------------------