

社会保険料納付確認申請書(法人等用)

令和 年 月 日

碧南市長 殿

申請者 所 在 地
名 称
代 表 者 氏 名
使 者 氏 名
電 話 番 号

年末調整または確定申告に必要なため、下記のとおり申請いたします。

住 所	氏 名	本人承認欄	平成・令和 年中の納付額		
			確認の必要なもの (必要なものに○を付けてください。)		
			国民健康 保険税	介護保険料	後期高齢者 医療保険料
碧南市	生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 (宛名番号)	印			
碧南市	生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 (宛名番号)	印			
碧南市	生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 (宛名番号)	印			
碧南市	生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 (宛名番号)	印			
碧南市	生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 (宛名番号)	印			
碧南市	生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 (宛名番号)	印			
碧南市	生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 (宛名番号)	印			
碧南市	生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日 (宛名番号)	印			

※宛名番号は記載しないでください。
 ※納付額には年金からの特別徴収された金額は含まれていません。
 ※国民健康保険税の納税義務者は世帯主になりますので、ご注意ください。
 ※第三者による申請の場合は、委任状を添付してください。
 ※申請者または使用者の本人確認書類(運転免許証等)を添付してください。

【事務局記載欄】

年 1月 1日より 年 月 日までに納付した金額は、別紙のとおりです。

碧南市

税務課
国保年金課
高齢介護課

