

窓空宛名

介護保険料納付証明書

被 保 険 者 番 号	
納 付 義 務 者 氏 名	

あなたが 年以内に支払った介護保険料は、固定文言 1 + 編集 1 です。

納 付 済 保 険 料 額		
内 訳	普 通 徴 収 分	
	特 別 徴 収 分	
固定文言 2 備 考		固定文言 3 + 編集 2

内 訳	賦 課 年 度	調 定 年 度	徴収方法	期 別	収 納 額
		自由記載 1			

前のとおり介護保険料を納付したことを証明します。
発行年月日 固定文言 4 + 編集 3

〇〇市（町村）長

印

（お問合せ先）
●●市介護保険課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa