

納税証明書交付申請書

(郵 送 請 求 用)

糸 満 市 長 殿 令和 年 月 日 申請

申 請 人	住 所			
	ふりがな			
	氏名(名称)	(印)		
	連絡先		生年月日	年 月 日
どなたのが必要ですか (証明本人)	住 所			
	ふりがな			
	氏名(名称)	(印)		
	連絡先		生年月日	年 月 日
1. 国民健康保険税納税証明書 (申告用 納付済証明書)	(年分)	通		
	(年分)	通		
	(年分)	通		
2. 完 納 証 明 書	申告用		通	
3. 使 用 目 的 (○をつけてください)	1. 税務申告 2. 金融機関提出 3. その他			
使用目的 (その他の場合)	税 務 申 告			
国保番号		備 考		

※太枠内だけ書いてください。

納税証明書を郵送で請求する方は、下記の事項を確認してください。

※本紙は糸満市国民健康保険税に係る交付申請書です。

- 必要なもの(糸満市役所 国民健康保険課宛に送るもの)
 - 納税証明書交付申請書(郵送請求用)
 - 返信用封筒(切手添付、申請人宛ての氏名・住所も記載してください)
 - 本人の身分証のコピー(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等)
 - 別世帯の代理人の方が申請する場合は、委任状と代理人の身分証コピー

以上を確認したうえで封筒に入れ、下記郵送請求先にお送りください。

- 定額小為替は**お釣りが発生しないよう**に手数料分購入してください。

証明書発行手数料は、1通あたり300円となります。

(例) 令和2年分、令和3年分の納付済証明書が必要な場合の手数は、
「1通300円×2年分=600円」となります。

※購入した定額小為替には**何も記入しない**でお送りください。

※書類に不備がある場合は交付することが出来ませんのでご了承ください。

※返信用の切手料金が不足している場合、受取人支払いで返送いたします。

※記入していただいた連絡先に、こちらから連絡をする場合があります。

連絡の取りやすい番号(平日の8:30~17:15)の記入をお願いします。

郵送請求先

〒901-0392

沖縄県糸満市潮崎町1丁目1番地
糸満市役所 国民健康保険課
保険税係

連絡先 糸満市 国民健康保険課

TEL : 098-840-8127