提出期限：令和７年12月25日（木）必着

令和　　年　　月　　日

（宛先）南魚沼市税務課

令和７年分　社会保険料控除資料の送付依頼書

下記の納付義務者に係る令和７年分の社会保険料（国民健康保険税、介護保険料、後期高齢者医療保険料）の納付額について、従業員から委任されましたので、従業員に代わり社会保険料控除資料の送付を依頼します。

従業員様		納付義務者氏名（※1）	納付義務者住所	種類（〇で囲んでください※2）	委任欄（従業員様の署名）
氏名	生年月日				
				国保・介護・後期	
				国保・介護・後期	
				国保・介護・後期	
				国保・介護・後期	
				国保・介護・後期	
				国保・介護・後期	
				国保・介護・後期	

【記入上の注意点】従業員様は記載前に記載例を含め必ずお読みください。

●**納付義務者氏名は必ず記入してください。**記載された内容に**不備があった場合は、回答できないことがあります**ので、納付義務者と控除申告の可否、保険税（料）の種類を必ず従業員様にご確認ください。　確認せず、一律に請求することがないようお願いいたします。

●**個人情報保護のため、委任欄（従業員様の署名）を必ずご記入ください。**なお、**この委任欄への署名により、南魚沼市税務課は事業所宛に社会保険料の納付額を回答します。**

●※１納付義務者氏名とは、国民健康保険税は**世帯主氏名**、介護保険料・後期高齢者医療保険料は**被保険者（加入者）氏名**です。納付義務者氏名を必ず記入し、納付義務者が異なる場合は、それぞれ記載してください。納付義務者氏名の記載が誤っている場合は回答できませんのでご注意ください。

●※２種類とは、国民健康保険税（**国保**）、介護保険料（**介護**）、後期高齢者医療保険料（**後期**）の区別です。納付額の回答が必要な種類を〇で囲んでください。選択されていない場合は回答できません。

●４０歳以上６５歳未満の方の介護保険料は国民健康保険税（加入している医療保険）に含まれています。

●記入欄が不足の場合は、お手数ですが用紙をコピーしてお使いください。

事業所名
所 在 地
電　　話
ご担当者氏名