**証　　明　　願**

令和　　年　　月　　日

　（宛先）紀の川市長

住所又は所在地

商号又は名称及び代表者職氏名

被保険者番号

被保険者生年月日

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

令和７年度一般競争（指名競争）入札等参加資格審査申請のため、下記事項について証明願います。

記

上記の者にかかる後期高齢者医療保険料について未納がないこと。

　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　令和　　年　　月　　日

紀の川市長　　　岸　本　　健