

申請年月日 令和 年 月 日

納付証明書申請書

健康保険任意継続保険料の納入状況について証明願います。

被保険者証の 記号及び番号	記号						番号								
	5	0	0	0	0	0			-						

証明書を 必要とする年	平成 年分 / 令和 年分														
フリガナ															
被保険者氏名															
生年月日	昭和	平成	年	月	日										
住所	〒 -														
電話番号	()														

※登録地以外の住所へ送付をご希望の場合は、以下に記入してください。
(宛名は被保険者本人様とします。)

送付先住所	〒 -														
-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※申請者が被保険者本人以外の場合は、以下に記入してください。

申請者氏名															
被保険者との関係															

- ※ 各年の確定申告の控除対象となる保険料は、各年の1月から12月までに納付した保険料です。
- ※ 証明されるのは、証明書発行日現在において、当支部で納付確認済のものに限られます。
- ※ 証明書は後日、被保険者様宛に郵送いたします。

受付日印
