

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。

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	印
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