

健康保険任意継続保険料 納付証明交付申請書

令和 年 月 日 申請

被保険者証の 記号	50000023	被保険者証の 番号	
被保険者 氏名	(フリガナ)		
	<small>※被保険者が自署した場合、押印は不要です。</small> 		
生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	
住所	〒 ー		
電話番号	() ー		

下記の保険料納付証明の交付を申請します。

証明書を 必要とする年	平成 年中 令和 年中
証明書を 必要とする理由	<input type="checkbox"/> 確定申告 <input type="checkbox"/> その他 ()

※以下の①②については、すでに任意継続被保険者の資格を失っている方のうち、該当する場合にはのみご記入ください。

①現在の氏名が、加入当時の氏名と異なる方	
当時の氏名	(フリガナ)
②現在の住所が、加入当時の住所と異なる方	
当時の住所	

※注意事項

- ・証明書発行日の時点で納付が確認できている分のみの証明となります。
- ・年末調整・確定申告の際に、領収書で保険料納付額が確認できる場合は納付証明書は不要です。