

常務理事	事務長			担当者	※健康 保欄	受付日	令和	年	月	日
						交付日	令和	年	月	日

健康保険
任意継続被保険者 保険料納付証明書 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

申請者 → 健康保険組合

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ) _____				
	住所	(〒 _____)	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)					

下記の保険料納付証明書の交付を申請します。

証明書を必要とする年	① 令和	年分	※証明が必要な月を含む年を 指定(記入)してください。
	② 令和	年分	
	③ 令和	年分	

以下の①・②については、すでに任意継続被保険者の資格を喪失されている方のうち、該当する
場合のみ記入してください。

① 現在の氏名が、 加入当時と異なる方	当時の氏名	フリガナ

② 現住所が、 加入当時と異なる方	当時の住所	〒

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

受付日付印