任意継続

健康保険料納入証明申請書

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和　　年　　月　　日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

下記の期間に払い込んだ健康保険料の証明を願います。

申請者記入欄					
被保険者記号	8000	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
被保険者番号			(氏名)		
証明期間(必要な年をご記入ください)	令和　　年	電話番号	自宅	( )	
			携帯	( )	
住所	〒				
申請理由	該当箇所に○をして下さい。 ① 確定申告のため　② その他 ( )				

◎ ご不明な点は当組合までお問合せ下さい。

受付印

適用課TEL　03-3265-3201

石油製品販売健康保険組合