健康保険（任意継続被保険者）
保険料納入証明　申請書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任	担当者

※申請する理由（目的）を記入して下さい。（記入例：①年末調整の為、会社に提出するため。②確定申告で税務署に提出するため。など　）

目的	

○健康保険（任意継続被保険者）保険料納入証明を申請いたします。

被保険者	記　号	番　号	氏　　名		生　年　月　日						性　別
					昭和 平成 令和	年		月		日	男　・　女
				㊞							

送付先住所（ご自宅）	〒 電話番号または携帯電話（　　ー　　ー　　）

※証明を必要とする納入期間について、ご記入ください。

令和　　年　　月分　より　令和　　年　　月分

受　付　日　付　印

≪納入証明期間について≫
確定申告で申告される期間は、1月から12月までの1年間に支払ったものが対象となります。

※ご不明な点がありましたら、所轄の税務署に直接お尋ねください。

○『納付書兼領収書』をお持ちの方は、年末調整、確定申告の際に添付書類として、ご提出ください。

～送付先住所～
〒110－8639
東京都台東区東上野1－13－14
電話　03－3833－6141
関東百貨店健康保険組合