

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

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	令和 年分
------------	-------

※特定の納付月分の証明交付申請の場合も、該当する年を指定してください。

※年度ではなく、暦年（1月～12月）で扱います。

被保険者証の記号番号	1511- (被保険者証の氏名の上に表示されている記号番号)
被保険者の氏名	
被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者の住所	〒
連絡先（携帯電話等）	— —

※現在、任意継続が資格喪失となっているため被保険者証の記号番号が不明な方のうち、
以下は該当する場合のみ、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証で保険料納付額が確認できる場合は、納付証明は不要です。
税務署に確認していただき、納付証明が必要な場合には、必要事項をご記入の上当組合まで
郵送してください。

【送付先】 〒105-0012 東京都港区芝大門1-1-3 日本赤十字社ビル東館3階
日本赤十字社健康保険組合 会計係