

※ 健 保 使 用 欄 ※

常務理事	事務長	総務課長	係長	担当者

日本赤十字社健康保険組合 御中

証 明 書 発 行 願

下記の通り、納付証明書を発行頂きますようお願い致します。

告知番号	
事業所所在地	〒
事業所名	
事業主氏名	印
電話番号	-

発行希望書類	健康・介護保険料納付証明書(事業所職員分健康保険料用) (証明期間: 平成・令和 年 月分 ~ 平成・令和 年 月分)迄※
使用目的	下の欄に、簡潔ご記入ください。 (例)~の申請書を提出する際に、健康保険料を納付した証拠書類が必要であるため

※・・・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。

ご不明な点等ございましたら、下記までお問合せ下さい。

<日本赤十字社健康保険組合>

〒105-0012

東京都港区芝大門1丁目1番3号

TEL 03-6672-1505 FAX 03-6672-1506

