常務理事	事務長		担当

健康保険　　任意継続保険料納付　　証明願

令和　　年　　月　　日

下記事項について証明願います。

被保険者	保険証の記号・番号	記号		番号			
	社員番号						
	事業所名						
	氏名						
	住所	〒					
	生年月日		年		月		日

＜希望する証明事項＞

※希望する証明期間をご記入ください。

任継保険料納付証明期間	令和　　年　から　令和　　年

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

証明書の送付先	□　被保険者住所に送付 □　その他に送付　※ 下記を記入してください 〒　　－　　電話　　（　　） 住所 宛名　　（　　様方）

キオクシア健康保険組合

受付日付印