

任意継続被保険者 健康保険料納付証明願

サニーピア健康保険組合理事長 様

確定申告の社会保険料控除を受ける際に必要なため、任意継続の健康保険料を納付していることを証明願います。

被保険者等 記号・番号	記号 99 番号
被保険者氏名	
証明期間	令和 年分

令和 年 月 日

申請者：〒 _____

住所 _____

TEL (_____) _____

氏名 _____ 続柄 (_____)

受付日付印