

# 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 殿

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。

被保険者証 記号・番号	記号 99 番号
被保険者氏名	
証明期間	令和 年 月から 令和 年 月まで

令和 年 月 日

申請者：〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

受付日付印