

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。

被保険者証 記号・番号	記号 99 番号 ○○○○
被保険者氏名	健保 一郎
証明期間	令和 4 年 4 月から 令和 4 年 12 月まで

令和 5 年 1 月 15 日

申請者：〒 650 - ××××

住所 神戸市中央区△△△ 1-2-3

□□□マンション 405 号室

TEL (078) ○○○ - ××××

氏名 健保 一郎 続柄 (本人)

受付日付印