

任意継続被保険者保険料納付証明願

平成 年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

健康保険 被保険者証の		記号 9	番号		
被 保 険 者	住所	〒 -			
	氏名	TEL. ()			

平成 年度所得税の確定申告に必要な健康保険の保険料領収証書を紛失しましたので下記事項について証明をお願いします。

記

任意継続被保険者の健康保険に係る保険料納付証明書									
該	当	月	納 付 額				納 付 年 月 日	備 考	
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
平 成	年	月 分					平 成	年	月 日
計									

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

名古屋市中区丸の内三丁目1 - 35

名古屋薬業健康保険組合

TEL. (0 5 2) 2 1 1 - 2 3 2 6