健康保険　任意継続保険料前納申込書（随時用）

被保険者証の記号	8	0	0	1	番号				
被保険者氏名									
生　年　月　日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日								
住　　所	〒　　― 電話番号								

次のとおり、任意継続保険料の前納を申込みます。
（希望する番号に〇をつけてください。）

前　納　期　間	１．　加入の翌月分から、次の３月分まで（　　か月）
	２．　加入の翌月分から、９月分まで（　　か月）
	３．　期間満了まで（加入の翌月分から期間満了日の前月までの間）ただし、翌年の３月を超えない期間に限ります。

〒231-0033
横浜市中区長者町３－８－１１　リッシュアヴェニュー横濱関内5階
神奈川県医療従事者健康保険組合　管理課
TEL　045-641-3400　　FAX　045-222-7718

受付年月日

健康保険組合使用欄

振替依頼書受付	受付（控）送付	納付方法設定入力