

神奈川県医療従事者健康保険組合

健康保険料納入証明申請書

令和 年 月 日

申請者記入欄	事業所 記号	
	事業所 所在地	〒
	事業所 名称	—
	事業主 氏名	
	電話番号	()

受付印

1	申請事由	
---	------	--

2	請求枚数	枚
---	------	---

3	証明期間	平成・令和 年 月分 ~ 平成・令和 年 月分
---	------	-------------------------

上記の内容について、納付証明書を発行願います。

※ 納入証明書の発行には一週間ほどお時間をいただく場合があります。お早目のお申しこみにご協力をお願いいたします。

郵送で申請する際の提出先

〒231-0033

神奈川県横浜市中区長者町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 宛