

健康保険 任意継続保険料前納申込書(資格取得用)

被保険者証の記号		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○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

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