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。

※ご注意
前納分の保険料は、任意継続に加入する月の末日までに納付していただく必要があります。この申込書を任意継続資格取得申請書に添付しお送りいただいた場合でも、送付時期によってはご希望に添えない場合がございます。

〒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
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