

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○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 個人情報保護管理担当
 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 |
|         |         |          |