

審査	入力	一次	二次	発送

**秘密**

任意継続被保険者 保険料納付証明書 交付申請書

被保険者 氏名		性別	男 女	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日生
被保険者 の現住所	〒					電話番号 ( )
被 保 険 者 記 号 番 号	8001					—
納 付 期 間	令和 年 月 から					
	令和 年 月 から					
交 付 を 申 請 す る 理 由						

年 月 日提出

受付日付印

神奈川県医療従事者健康保険組合 殿