

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	1	2	3	4
被保険者氏名	任継 花子 印								
生年月日	昭和平成令和 62 年 11 月 7 日								
住所	〒000-0000 横浜市〇〇区〇〇町 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇								

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。)

※4月1日に加入して、
翌年3月分まで前納希望
する場合の記入例

前納期間	① 加入の翌月分から、次の3月分まで (11 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。

※ 申し込みをいただいた方に「自動振替サービス確認書」をお送りしますので、記入、押印のうえご返送ください。
なお、「自動振替サービス確認書」の受付後、自動振替の開始手続きに1か月要しますので、自動振替手続きが完了するまでは、振込みによる納付をお願いします。ご了承ください。

〒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