

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	<b>任継 花子</b>	性別	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	<b>62</b> 年 <b>11</b> 月 <b>7</b> 日生
被保険者 の現住所	〒 000-0000 <b>横浜市〇〇区〇〇町</b>		電話番号 000 (000) 0000			
被 保 険 者 記 号 番 号	8001		—	<b>〇〇〇〇〇</b>		
納 付 期 間	令和 <b>7</b> 年 <b>1</b> 月 から					
	令和 <b>7</b> 年 <b>12</b> 月 から					
交 付 を 申 請 す る 理 由	<b>年末調整のために、パート先へ提出するため。</b>					

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