

令和 年 月 日

健康保険料等納入証明(申請)書

1. 申請者

事業所記号	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

2. 申請事由

証明書の 使用目的	
--------------	--

3. 証明事項

項目	対象期間	未納の有無 (※組合記入欄)
保険料 (介護含む)	令和 年 月分から 令和 年 月分まで (直近2年間の納期到来分まで)	有 ・ 無

対象期間に、納期到来前の月分が含まれないようにご注意ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

〒111-8530
東京都台東区雷門1-13-8
東京電子機械工業健康保険組合 印

委 任 欄

健康保険料等納入証明書の申請及び受領について、下記の者に委任します。

代理人住所

代理人氏名

令和 年 月 日 事業主氏名

事業主以外の方が申請及び受領を行う場合は、委任欄に必要事項を記載してください。