

部長	課長	主任	係

## 健康保険料納入証明書交付申請書

被保険者記号・番号	記 号		番 号	
被 保 険 者 氏 名	(フリガナ) _____ ⑩			
生 年 月 日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
送 付 先 住 所	〒 _____			
送 付 先 氏 名				
電 話 番 号 (日 中 連 絡 先)	自宅・携帯 _____			
証 明 期 間 (注1)	平成・令和 _____ 年 分    ▪    平成・令和 _____ 年 分			

**(注1)**  
**【証明期間について】**  
 証明期間は何年から何年までの間に支払った分の保険料納入証明書が必要なのかを記入してください。  
 ※保険料納入証明書の発行は、申請書が届いた時点で入金を確認ができています。

**(例)前納された場合**  
 平成29年3月に「平成29年4月分～平成30年3月分(12ヶ月分)」の保険料を支払った場合  
 ⇒この全額(平成29年4月分～平成30年3月分)が平成29年の保険料納入証明書に記載されます。  
 ※平成30年1月分～3月分のみ保険料納入証明書は発行できません。

参考(所得税基本通達74・75-2)  
 税務手続きで申告する社会保険料の金額とは、その年に実際に支払った金額になります。  
 前納されている場合、前納期間が1年以内のものについては、その全額をその年において支払った社会保険料の金額として差し支えありません。

○何かございましたら、東京電子機械工業健康保険組合適用課(03-3843-1455)までお問い合わせ下さい。

受付日付印

**【郵送先】** 〒111-8530 東京都台東区雷門1丁目13番8号  
 東京電子機械工業健康保険組合 適用課 宛