

常務理事	事務長	担当	担当

任意継続被保険者 保険料納付証明書交付申請書

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合理事長 殿

証明期間	令和 ×× 年 × 月 ~ 令和 ×× 年 × 月までの納付分
提出先	××××
申請理由	××××へ提出するため

上記のとおり、保険料納付証明書の交付をお願いします。

令和 ×× 年 × 月 × 日

被保険者等	記号	×	番号	×××××
被保険者氏名	(フリガナ)	ケンコウ タロウ 健康 太郎		印
生年月日	昭和	・ 平成 ×× 年 × 月 × 日		
現住所	〒	××× - ×××		
連絡先	自宅 携帯	() ×××(×××)×××	※日中に連絡がつく 電話番号を記入	

※被保険者証の記号・番号がわからない場合は、氏名・生年月日・住所で確認しますので空欄でも構いません。

※書類記載不備等があった場合のみ、連絡致します。

受付日付印