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	

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	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ㊞			
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日			
現住所	〒　　ー			
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