

常務	事務長	課長	係

令和 年 月 日

埼玉県医師会健康保険組合 理事長 殿

健康保険料・介護保険料・子ども子育て支援金 納入証明書交付願(事業所用)

健康保険料・介護保険料・子ども子育て支援金の納入証明書を発行願います。

申請者

事業所記号	
事業所所在地	〒 TEL — —
事業所名称・事業主名	
証明を必要とする期間 ※どちらかにチェックしてください。 直近にチェックした場合は、直近に納入済の保険料から遡って証明します。	☐ 年 月 分 ～ 年 月 分 ☐ 直近 年分
証明書の使用目的	

◎返信用封筒に切手を貼付したものを同封願います。

受 付 印

