常務理事	事務長	課　長	係　長	主　任	担当者

保険料納入証明書交付願

被保険者証 記号－番号	7000　－	
被保険者氏名 生年月日		男・女
	生年月日	昭・平　　年　　月　　日
被保険者 住所・電話番号	〒　　－ TEL（　　）　　－	
証明を希望する 期間	平成・令和　　年　　月 より 平成・令和　　年　　月 まで	
証明を希望する 理由 (○をつけて下さい)	1.　確定申告に必要なため。 （平成・令和　　年度） 2.　その他。 （　　）	

上記について証明願います。

埼玉県医師会健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

請求者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受付