

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 号 記 号 - 番 号	7000 — 〇〇〇〇	
被 保 険 者 氏 名 生 年 月 日	健保 太郎 (男) 女	
	生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日
被 保 険 者 住 所・電 話 番 号	〒〇〇〇—〇〇〇〇	
	埼玉県さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 Tel 〇〇〇〇 — 〇〇 — 〇〇〇〇	
証 明 を 希 望 す る 期 間	平成・令和 〇〇年 〇〇月 より	
	平成・令和 〇〇年 〇〇月 まで	
証 明 を 希 望 す る 理 由 (〇をつけて下さい)	① 確定申告に必要なため。 (平成・令和 〇〇年度)	
	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

請求者氏名

健保 太郎

受 付