健康保険料納付証明書交付申請書

被保険者証の記号及び番号	記　号　　４０４	番　号
被保険者氏名		
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	
納付期間	平成　　年　　月　～　平成　　年　　月　振込分	
交付依頼の理由	1．確定申告に添付する 2．その他（理由：　　）	

※前納一括で保険料を納められた方は、事業年度ごとの証明となります。

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

住所　〒

被保険者

氏名　　㊞

静岡県農業団体健康保険組合理事長殿

受付日付印