

健康保険 任意継続保険料納付 証明願

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

下記事項について証明願います。

被 保 險 者 等	記 号 ・ 番 号					
	氏 名					
	住 所	〒				
	生 年 月 日		年		月	

証明年	令和 年分／令和 年分～令和 年分
-----	-------------------

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。	
令和 年 月 日	被保険者氏名
証 明 書 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所に送付
	<input type="checkbox"/> その他に送付 ※ 下記を記入してください
	〒 ————— 電話 ()
住所	
宛名	() 様方)

大塚製薬健康保険組合

受付日付印

提出先 〒532-0003

大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F

株式会社バリューHR 大阪BPOセンター 大塚製薬健康保険組合事務処理センター

電話 06-6318-8115