

健康保険 保険料前納申出書

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|------|------------|-------------------------|--|
| 記号番号 | 記号 | | 番号 | | |
| 被保険者氏名 | | | | | |
| 住所 | 〒 ー | | | | |
| 電話番号 | () | | | | |
| 下記○印の期間の前納を希望します。(希望する番号を○で囲んでください) | | | | | |
| 1. | 年 | 月分より | 年9月分までの保険料 | (9月以前に資格喪失する場合は、その前月まで) | |
| 2. | 年 | 月分より | 年3月分までの保険料 | (3月以前に資格喪失する場合は、その前月まで) | |

上記のとおり申出いたします。

年 月 日提出

神奈川県電子電気機器健康保険組合 御中