

常務理事	事務長	事務次長	課長	係

任意継続被保険者保険料納付証明書交付願

北海道信用金庫健康保険組合 殿

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名	Ⓜ			
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
現住所	〒			
連絡先	自宅 ( )			
	携帯 ( )			

証明期間	年 月 日 ~ 年 月 日までの納付分
使用目的	

上記のとおり、保険料納付証明書の交付をお願いします。

年 月 日

-----  
受付日付印