　　　年　　月　　日申請

**健康保険料納入証明願**

1.申　請　者

事業所記号

|  |
| --- |
|  |

下記、証明願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 |  |
| 事業主氏名 | ㊞ |
| 電話番号 |  |

2.申　請　事　由（提出先および理由）

|  |
| --- |
|  |

3.確　認　事　由

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | | 対　象　期　間 | 未納の有無 |
| 健康保険料 | | 年　　　月分　から　　　　年　　　月分まで | 有・無 |
| 管掌区分 | 組合管掌健康保険 | | |

以上

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　　年　　月　 日

大阪府大阪市北区梅田1-3-1-500

大阪駅前第一ビル５階　　　　　　　　　　　　　　　　　　大阪府電気工事健康保険組合

理　　事　　長　　　　　　印