

健康保険 任意継続被保険者 保険料納入証明願

令和 年 月 日

トータルビューティー健康保険組合

理事長 吉村 栄義 殿

記号	999	番号		
氏名				
住所	〒			
電話番号	- -			
目的				

✓証明事項

下記に納入証明書が必要な期間をご記入下さい。

1月～12月分が必要な場合は①に年を、それ以外の場合は②に年と月を記載下さい。

なお、1月～12月の間に加入された場合は②をご利用下さい。

①	令和	年納付分
(1月～12月に支払いをした分※年度の途中から任意継続になった場合は②が対象)		

②	令和	年	月納付分	～	令和	年	月納付分
---	----	---	------	---	----	---	------

住所をご記入いただいた返信用封筒（切手を貼ったもの）の同封をお願いいたします。

受付印

送付先

〒612-8053

京都府京都市伏見区東大手町763若由ビル3階

トータルビューティー健康保険組合 宛