

常務理事	事務長	担当	担当

任意継続被保険者 保険料納付証明書交付申請書

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合理事長 殿

証明期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月までの納付分
提出先	
申請理由	

上記のとおり、保険料納付証明書の交付をお願いします。

平成 年 月 日

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名	(フリガナ) 印			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
現住所	〒 —			
連絡先	自宅 ()	※日中に連絡がつく		
	携帯 ()	電話番号を記入		

※被保険者証の記号・番号がわからない場合は、氏名・生年月日・住所で確認しますので空欄でも構いません。

※書類記載不備等があった場合のみ、連絡致します。

 受付日付印