

令和 年 月 日

健康保険料・調整保険料・介護保険料納入証明願

管工業健康保険組合理事長 様

(告知番号)

事業所所在地 _____

事業所名称 _____

事業主氏名 _____

今般、 _____ のため _____ へ提出の

必要がありますので、下記事項について証明願います。

記

項 目	対 象 期 間	未納の有無
健康保険料 調整保険料 介護保険料	令和 年 月分から令和 年 月分まで	有 ・ 無

証第 _____ 号

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

管工業健康保険組合理事長

◎ 必要部数に1部加えた部数を提出してください。