

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。

(健康保険料・調整保険料・介護保険料納入内訳)

月 別	納 入 年 月 日	健康保険料	調整保険料	介護保険料
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円
令和 年 月分	令和 年 月 日	円	円	円

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。