【はじめにご確認ください】

・証明書発行日の時点で納付が確認できている（納付データがRT健保に届いている）分のみの証明となります。

健康保険 任意継続被保険者　保険料納付証明書　交付申請書

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入下さい。

被保険者情報	被保険者証の	記号 9000 － 番号	生年月日 □昭和 □平成 年 月 日
	氏名・印	（フリガナ） 印	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	（〒 － ） 都道府県	
	電話番号（日中の連絡先）	（ ）	

下記の保険料納付証明の交付を申請します。

証明を必要とする年	令和　年分
証明書の使用目的	□確定申告 □その他　（ ）

以下①、②については、すでに任意継続被保険者の資格を喪失されている方のうち、該当する場合のみご記入ください。

①現在の氏名が、加入当時と異なる方	当時の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ
②現住所が、加入当時と異なる方	当時の住所	〒　-

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。	
	住所	（〒 － ） 都道府県
	電話番号（日中の連絡先）	（ ）
	宛名	

令和　年　月　日

常務理事	事務長			

受付日付印

リゾートトラスト健康保険組合