

保険料前納申出書

健康保険任意継続被保険者の前納を希望します。

なお、前納を希望する場合は下記の1または2に付した○印の期間です。

(介護保険該当者「40歳～64歳の被保険者、特定被保険者」は、介護保険料を含みます。)

記

1. 令和_____年 9月までの保険料
(9月以前に資格喪失する場合は、資格喪失月の前月分まで)
2. 令和_____年 3月までの保険料
(3月以前に資格喪失する場合は、資格喪失月の前月分まで)

※上記1または2を○で囲み、下線(年)を記入してください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

富山県自動車販売店健康保険組合 御中

住 所	〒		
氏 名	印		
記 号	99	任 意 継 続 資 格 取 得 日	年 月 日
番 号			
電話番号	()	—	
携帯電話	()	—	

* 前納の場合、毎月払いより割引されますが、途中で他保険の被扶養者や、国民健康保険に加入した場合は、保険料の返還ができませんのでご注意ください。