

赤字部分を記入し
申請ください

社会保険料納入確認（申請）書

1. 申請者

事業所整理番号	123
事業所所在地	東京都八王子市石川町2970
事業所名称	コニカミノルタ健保株式会社
事業主氏名	健保 太郎

2. 申請事由

建設業経営事項審査申請書に添付する書類として必要なため

3. 確認事由

項目	対象期間	未納の有無
健康保険料・介護保険料	令和●●年●●月から令和●●年●●月分まで	有 ・ 無

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

コニカミノルタ健康保険組合