

申請日 令和 年 月 日

社会保険料納入証明（申請）書

1. 申請者

事業所番号

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	

2. 申請理由

--

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 月分から 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

シャープ健康保険組合
理事長 宮川 直之 印