**前納申込書**

ＮＳＤ健康保険組合　殿

私は、任意継続保険料の納付方法を次の通り選択いたします。

（該当の箇所にチェックをつけて下さい）

６ヶ月前納（４～９月、１０～３月）

１年前納（４～（翌年）３月）

　　　　年　　　月　　　日

記号　　999　　番号

被保険者氏名

---------------------------------------------------------------------------------------------

* 前納期間中に任意継続期間が満了（２年）となる方は、資格喪失予定年月日を含む月の前月までが前納期間となります（資格喪失日の属する月は保険料がかかりません）。
* 当組合への入金が前納する期間の初月の前月末までに確認できない場合、前納制度の取り扱いとなりませんのでご注意下さい。