

通知日：令和 年 月 日

日揮健康保険組合 御中

健康保険料・介護保険料納付方法通知書

保険証 記号： 880 番号_____

氏名： _____ 印

私は特例退職被保険者として保険料の納付方法について、次の通り通知します。

1. 本通知の目的 (いずれかを○で囲ってください。)

加入申請のため

納入方法変更のため

2. 通知の種類 (いずれかを○で囲ってください。)

月払いで納付する

前納で納付する

(注意事項)

1. 保険料の納付方法について月払いを選択された方は、銀行自動振替による方法で納付していただきます。この場合、自動振替にかかる手数料は組合が負担します。
(初回保険料を除き、当月分保険料は前月27日振替となります。)
2. 保険料の納付方法について前納を選択された方は、通常の銀行振込みによる方法で納付していただきます。この場合、振込みにかかる手数料は被保険者に負担していただきます。
3. 介護保険第1号被保険者(65歳以上)で第2号被保険者がいる方も、被扶養者分の介護保険料を納付していただきます。

以上