

船員保険 疾病任意継続被保険者保険料納入証明申請書

1	被保険者証の 記号及び番号	記号	番号
2	被保険者(申請者) の生年月日	昭和・平成	年 月 日
3	被保険者(申請者)の 氏名	(フリガナ) (氏)	(名) 印
4	被保険者(申請者)の 住所	郵便番号	電話 ()
		都道府県	
5	証明希望年	平成 年中納付分	
6	使用目的	<p>該当する番号に○をつけてください。</p> <p>1. 確定申告に使用するため。</p> <p>2. 給与所得者の保険料控除申告書に使用するため。</p> <p>3. その他 ()</p>	

受付日付印

※協会使用欄

グループ長	リーダー	係

全国健康保険協会
船員保険部管理G