

**船員保険疾病任意継続被保険者
保険料口座振替・自動払込辞退（取消）届**

1	被保険者氏名	(氏)			(名)			
2	生年月日	昭和 平成			年	月	日	
3	郵便番号			一				
4	住所	都道府県						
5	電話番号	()						

次のとおり保険料を預金口座より振り替えることを辞退したいので届出します。

6	保険料の種類	船員保険疾病任意継続被保険者 保険料										
7	記号	8	8	0	0	0	0	0	0	0		
8	番号	左づめ										
9	金融機関	金融機関名 (ゆうちよ 銀行を除 <)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 </div>						<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 本店 本店営業部 支店 本所 出張所 支所 代理店 </div>			
10		種別	1 : 普通					2 : 当座				
11		口座番号										
12	ゆうちよ銀行	通帳記号	1				0	の				
13		通帳番号										
14	辞退年月日	令和 年 月										

受付日付印

※ 提出時の注意事項

辞退(取消)届の提出時期により、辞退年月日の保険料を口座振替する場合もあります。

15	社会保険労務士の提出代行者名記載欄								