

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	8 8 0 0 0 0 0 0 0 0 0 -	
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)		
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・令和 年中納付分			
6	使用目的	該当する番号に○をつけてください。 1. 確定申告に使用するため。 2. 給与所得者の保険料控除申告書に使用するため。 3. その他 ()			

受付目付印

※協会使用欄

グループ長	グループ長補佐	主任	担当