



船員保険 疾病任意継続
被保険者

資格取得申出・
保険料納付遅延理由 申出書

遅

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 欄	①	記号・番号 (左づめ)	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
	②	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) _____										
	③	生年月日	[昭和] [平成]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	④	住所	郵便番号	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	電話番号 (日中の連絡先)	() ()

都
道
府
県

遅延理由	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

※審査の結果、ご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

また、今後はお支払期限を過ぎての納付は認められません。

お支払期限までにお支払いいただけなかった場合、保険の資格を喪失することとなります。
必ずお支払期限までにお支払いください。

記号番号を記入した場合は 記入不要 です。記入した場合は必ず 本人確認書類を添付してください。	▶ 被保険者のマイナンバー記入欄	<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around; width: 150px; height: 20px;">[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	() 受付日付印
社会保険労務士の提出代行者名記入欄			