

船員保険 疾病任意継続被保険者保険料 納入証明申請書

令和 年 月 日申請

記号	8800000000	番号	
被保険者氏名	フリガナ		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
住所	〒 ー 都道府県		
電話番号	()		

証明希望年	平成 ・ 令和 年中納付分
使用目的	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請書に使用するため 3. その他()

被保険者の住所以外へ送付を希望の場合はご記入ください。※ 宛名は被保険者様となります。

別送先住所	〒 ー
-------	-----

受付日付印