



船員保険 厚生年金保険 資格取得・資格喪失等確認請求書

令和 3 年 6 月 5 日 申請

申請日を記入してください。

1. 申請者が記入する欄(必ず記入してください)

フリガナ	センコウ イチロウ		
氏 名	船厚 一郎		
現住所	〒 111-2134 東京都 杉並区 1-2-3-4		
続 柄	本人	電話番号	03-1234-5678

申請者と被保険者との続柄を記入してください。

2. 確認書を必要とする理由の該当する□にレ印をしてください。

☒ 国民健康保険の加入(脱退)手続き

☐ その他(

申請者と被保険者が同一の場合、氏名および住所の記入は不要ですが、生年月日は記入してください。

3. 被保険者(被保険者であった者)について記入する欄(必ず記入してください)

フリガナ			生年月日	昭 令 56 年 6 月 8 日	
氏 名					
現住所	〒				
個人番号(または基礎年金番号) (被保険者が申請する場合)	1234-5678-9012				
船舶所有者氏名	船保マリンサービス 株式会社 代表取締役社長 船保 良一				
船舶所有者住所	神奈川県横浜市中区赤間町1-2-2				
船舶所有者記号・番号					
被保険者が申請する場合、必ず記入してください。			※喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	

4. 被扶養者(被扶養者であった者)について記入する欄

氏 名	生 年 月 日	続 柄	※認定年月日	※解除年月日
船厚 花子	昭 令 60 年 11 月 5 日	妻	昭 令 年 月 日	昭 令 年 月 日
船厚 太郎	昭 令 22 年 11 月 3 日	子	昭 令 年 月 日	昭 令 年 月 日
	昭 令 年 月 日		昭 令 年 月 日	昭 令 年 月 日
	昭 令 年 月 日		昭 令 年 月 日	昭 令 年 月 日

○ 申請者が被保険者および被扶養者以外である場合に委任者が記入してください。

・この申請及び受領を上記の申請者に委任します。 令和 年 月 日	
委任者氏名 :	委任者と申請書の関係 :
現住所 :	

(記入上の注意)

- ① 太枠の部分を記入してください。※印の部分の記入は不要です。
- ② 申請者の氏名と現住所が被保険者と同一の場合は被保険者欄の氏名と現住所の記載は不要です。
- (注) 被扶養者が申請する場合、被扶養者本人に関する事項についてのみ証明が可能であるため、上記3の網掛け部分については、証明することができませんので、ご注意ください。

【添付書類について】

〈個人番号(マイナンバー)により申請する場合〉

本人が窓口でこの申請書を提出する場合は、マイナンバーカード(個人番号カード)を提示してください。お持ちでない場合は、以下の①及び②を提示してください※1。

- ① マイナンバーが確認できる書類 : 個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)
- ② 身元(実存)確認書類 : 運転免許証、パスポート、在留カードなど※2
- ※1 郵送でこの申請書を提出する場合は、マイナンバーカード表裏両面または①及び②のコピーを添付してください。
- ※2 上記以外の②身元(実存)確認書類については、管轄の年金事務所へお問い合わせください。