

# 誓 約 書 Pledge

任意継続被保険者の申請をしましたが、加入の上は下記事項を厳守し、保険料の納付については特に納付期限に注意し、任意継続被保険者としてご迷惑をかけないことを誓約します。

I have applied to become a Voluntarily and Continuously Insured Person. If accepted, I hereby pledge to strictly adhere to the following terms, pay particular attention to insurance premium payment deadlines, and not cause any inconvenience as a Voluntarily and Continuously Insured Person.

## 記 Details

1. 被保険者資格有効期間を経過した時又は死亡したときはその翌日、健康保険被保険者、又は船員保険被保険者となった場合は、その日より資格を喪失し、遅延なく連絡いたします。

I will be promptly notified if I lose my eligibility as an insured person the day after my insured status expires or I die, or the day I become an Insured Person under Health Insurance or Seamen's Insurance.

2. 保険料は、毎月定められた納付期限（毎月１０日）までに必ず納付します。  
納付期限内に納付しなかった場合は、資格喪失することを了承いたします。  
（初回保険料の納付は除く）

I will without fail pay the insurance premiums by the designated due date each month (the 10th of every month).

I understand that failure to pay by the due date will result in loss of eligibility.

(This excludes the payment of the initial insurance premium.)

3. マイナ保険証を保有していないため資格確認書の発行を希望します。

どちらかにチェック ⇒ ☐ 希望する      ☐ 希望しない

I want to have an eligibility verification certificate issued as I do not have a Myna (My Number) health insurance card.

Check one of the following ⇒ ☐ Yes      ☐ No

\_\_\_\_ 年 (YYYY)    \_\_\_\_ 月 (MM)    \_\_\_\_ 日 (DD)

\_\_\_\_ 住所 Address

\_\_\_\_ 氏名 Name