

被保険者 被扶養者 世帯合算
船員保険 高額療養費 支給申請書

高

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	①	被保険者証の記号および番号(左づめ)										
	②	被保険者の氏名・印(申請者)	(フリガナ)									
	③	生年月日	昭和 平成	年	月	日	自署の場合は押印を省略できます。					
	④	住所	郵便番号	—	電話番号(日中の連絡先)	()						

⑤ 振 込 希 望 口 座	金融機関名称	銀行 信金 労金 信漁連 農協 漁協 その他() 本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所) ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。									
	預金種別	普通 当座 その他()	カタカナでご記入ください。								
	口座番号	□座名義									

②の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。(この欄の押印は省略できません。)

⑥ 受 取 代 理 人 の 欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 住所 「被保険者欄④」の住所と同じ										
	代理人(口座名義人)	氏名	(フリガナ)									
		住所	郵便番号	—	電話番号(日中の連絡先)	()						

被保険者が非課税の場合は被保険者のマイナンバーを記入し、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

R2.4

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	印
-------------------	---

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

被保険者 被扶養者 世帯合算
船員保険 高額療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用 支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

申請内容	⑦	診療月	平成 令和	年	月	左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)にご記入ください。 ※申請書は月ごとに1件(2ページ)ずつご記入ください。											
	⑧	療養を受けた方の	氏名														
			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	⑨	療養を受けた医療機関・薬局の	名称														
			所在地														
	⑩	傷病名 ※ケガ(負傷)の場合は別紙「負傷原因届」を添付してください。															
	⑪	療養を受けた期間(別の診療月の期間の記入はできません)	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで
	⑫	入院・通院の別	入院	通院・その他	入院	通院・その他	入院	通院・その他									
	⑬	⑪の期間に支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)				円	円	円									
		上記の自己負担額が不明の場合は支払った総額				円	円	円									
	⑭	他の公的制度から、医療費の助成を受けているかどうか	受けていない				受けていない				受けていない						
			受けた	(制度名)			受けた	(制度名)			受けた	(制度名)					

⑦の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3回以上ある場合は、最近3回分の診療月をご記入ください。

⑮	診療月	1	平成 令和	年	月	2	平成 令和	年	月	3	平成 令和	年	月
---	-----	---	----------	---	---	---	----------	---	---	---	----------	---	---

被保険者本人が市区町村民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)
他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

⑯ 市区町村長証明欄

当該被保険者は平成・令和()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印