

船員保険 一部負担金相当額支給申請書

支給決定まで、診療月後
3か月以上かかります。

※ 領収（明細）書と療養補償証明書（全国健康保険協会用）をご添付ください。

被 保 険 者 欄	① 被保険者証の 記号および番号	左つめ	右つめ
	② 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)	Ⓜ 自署の場合は押印を 省略できます。
	③ 被保険者の生年月日	昭和・平成	年 月 日
	④ 被保険者の住所	郵便番号	都道府県
			電話番号 (日中の連絡先)

申 請 内 容	以下について、医療機関、薬局ごとに記入ください。（一部負担金を支払って療養を受けたもの）		
	⑤ 療養を受けた医療機関・薬局の	名称	所在地
	⑥ 療養を受けた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
	⑦ ⑥の期間に支払った 一部負担金の額	円	円
	⑧ 療養補償証明書を受診の際に 提出できなかった理由	保険診療分の自己負担額をご記入ください。（入院の場合は、食事療養標準負担額（食費の本人負担）も含む。）	
⑨ ⑥の期間の属する 療養費・特定療養費	療養費の額 円	特定療養費の額 円	高額療養費の額 円

ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、
漢数字三文字の支店名をご記入ください。

⑩ 振込希望口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 信連・信漁連 農協・漁協	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1：普通 2：当座 3：その他	▽カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1字としてご記入ください。）
	口座番号	口座名義	

⑪ 受取代理人の欄	⑫の申請者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。）		
	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
	代理人 (口座名義人)	氏名 (フリガナ)	住所 「被保険者欄④」の住所と同じ
	住所	(〒 -)	電話番号 (日中の連絡先) ()

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)	
--	--

受付日付印

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	Ⓜ
-------------------	---