

記入例

一部負担金相当額支給申請書

下船後の療養補償に相当する療養（乗船中に発生した職務外の病気やけが）について、何らかの事情により療養補償証明書を提出できずに医療機関を受診され、一部負担金を支払われた場合は、「一部負担金相当額支給申請書」をご提出いただくことにより、一部負担金相当額の支給を受けることができます。
 （療養補償証明書を医療機関の窓口へ提出したが、下船後の療養補償の取扱いを受けられず、一部負担金を支払われた場合も含まれます。）

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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 1 1
	② 被保険者の氏名 (申請者)	センホ タロウ 船保 太郎
	③ 被保険者の生年月日	昭和 平成 5 0 0 3 0 5
	④ 被保険者の住所	郵便番号 1 0 5 - 0 0 0 0 0 0 電話番号 (日中の連絡先) 03 (××××) ×××× 東京 港区 港区〇〇 1-1 △△マンション101

申 請 内 容	⑤ 療養を受けた医療機関・薬局の 名称 所在地	千代田〇〇病院 東京都千代田区△△ 2-2	品川〇〇総合病院 東京都品川区△△ 1-1	品川〇〇薬局 東京都品川区△△ 1-2
	⑥ 療養を受けた期間	平成〇〇年10月1日から平成〇〇年10月15日まで	平成〇〇年10月5日から平成〇〇年11月2日まで	平成〇〇年10月5日から平成〇〇年11月2日まで
	⑦ ⑥の期間に支払った 一部負担金の額	145,829 円	12,000 円	3,800 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	緊急で病院へ行ったため、療養補償証明書の発行が間に合わなかった。		
	⑨ ⑥の期間の属する月に 受けた療養費・特定療養費 の高額療養費	療養費の額 円	特定療養費の額 円	高額療養費の額 円

該当の預金種別に○をしてください。

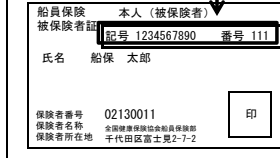
ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、漢数字三文字の支店名をご記入ください。

④ 振込希望口座	金融機関名称	〇〇	銀行 金庫 信相 信連・信漁連 農協・漁協	〇〇	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	マカタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。満点、半満点は1字としてご記入ください。)	口座名義	センホ タロウ
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7			

⑤ 受取代理人の欄	① 受取代理人の欄	②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)	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 (〒)

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不要です)

① 記号・番号は、被保険者証に記載されています。



② 療養補償証明書なしで療養を受けたものについて、医療機関、薬局ごとにご記入ください。

③ 病院へ支払った額のうち、保険診療分についての金額のみご記入ください。(差額ベッド代等の保険外の金額を除く) 入院の場合は、食事療養標準負担額(食費の本人負担)または生活療養標準負担額(65歳以上の方が療養病床に入院した場合の食費・居住費の本人負担)として支払った額も含まれます。

振込希望口座は、漏れなく正確にご記入ください。

④ ご希望の振込希望口座をご記入ください。預金種別についても、必ず該当するものに○をしてください。ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の支店名(漢数字三文字)・口座番号をご記入ください。

⑤ ②の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。受取代理人の欄の被保険者の印は、②欄に押印いただいたものと同じものを押印ください。

添付書類について

以下の書類を添付いただくようお願いします。

領収（明細）書	診療に要した費用の額が記載された領収（明細）書の原本をご添付ください。
療養補償証明書 (全国健康保険協会用)	すでに療養補償証明書を全国健康保険協会船員保険部へご提出いただいている場合は、添付は不要です。