



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
(立替払等)

立

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	①	記 号 ・ 番 号 (左 づ め)										
	②	個 人 番 号 (マ イ ナ ン バ ー)										
	③	被 保 険 者 の 氏 名 (申 請 者)	(フリガナ)									
	④	生 年 月 日	(昭和) (平成) (令和)		年		月		日			
	⑤	住 所	郵便番号				―				電話番号 (日中の連絡先)	()
			都 道 府 県									

⑥ 振 込 希 望 口 座	公金受取口座の 利用について	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、 以下の振込先情報のご記入は 不要 です。									
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。											
	金融機関名称	(銀行) (本店(本所)) (信金) (労金) (信漁連) (出張所) (代理店) (農協) (漁協) (支店(支所)) (その他) () 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) カタカナでご記入ください。										
	口座番号	口座名義										

③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。

⑦ 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⑤」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 ー)	電話番号 (日中の連絡先)	()							

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受 付 日 付 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



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等)

被保険者(申請者)記入用

申請 内 容	⑧	受診者 ※被保険者の場合、 ⑧の記入は不要です。	氏名	生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日
	⑨	傷病名	発病 または 負傷年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	
	⑩	発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気(疾病) ➡ 発病時の状況 <input type="checkbox"/> ケガ(負傷) ➡ 別紙「負傷原因届」を添付してください。						
	⑪	診療を受けた医療機関等	医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名			
			医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名			
	⑫	診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 日間						
			上記の期間に入院していた場合は、その期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 日間						
⑬	診療に要した費用の額	海外で診療を受けた場合は、国名と通貨単価をご記入ください。 円 (国名:) (通貨:)							
⑭	診療の内容								
⑮	療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため <input type="checkbox"/> 他の保険者の資格で医療機関等を受診し、医療費を返還したため <input type="checkbox"/> 入院時の食事の差額を申請するため <input type="checkbox"/> 海外で急な病気やケガなどにより、やむを得ず現地の医療機関で受診したため <input type="checkbox"/> その他 理由							