

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家族 (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)							
	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)							
	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	都	道	府	県	電話番号 (日中の連絡先)	( )

⑥ 振込希望口座 欄	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] [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)]	
	預金種別	[普通] [当座]	カタカナでご記入ください。	
	口座番号	ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。		
	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	
	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)	被保険者との関係		
		住所	(郵便番号 - )	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
		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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで		
	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 〕		