

船員保険職務上事故証明書

事故の種類	1. 疾病				2. 負傷		3. 行方不明		4. 死亡	
本人	記 号 番 号					職 務 の 種 類				
	氏 名					生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日		
	被 保 険 者 資 格 取 得 日 年 月 日					雇 入 年 月 日		平成・令和 年 月 日		
乗 組 船 舶	船 舶 名				船 舶 の 用 途	1. 漁 船 3. 貨 物 船 5. ひ き 船 2. 旅客船 4. タンカー 6. その他 ()			総トン数	
事故発生の日時 及び場所	日	時	令和 年 月 日		午前 午後		時		分頃	
	場 所									
負 傷 の 部 位										
事故の原因及び 発生状況並びに 経過の詳細 (発生場所を図示 すること)										
	上記のとおり事故があったことを現認しました。 令和 年 月 日 職務の種類 氏名									
事故発生により とった処置										
乗船中発生した事故の場合は、入港・帰港の日時			令和 年 月 日		午前 午後		時 分	港 名		
災害予防措置の状況										

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

船舶所有者 住所又は所在地
氏名又は名称