

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 記号・番号	左づめ	一	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 被保険者の生年月日	昭和 令和	年	月	日	
	⑤ 被保険者の住所	郵便番号	一	郵便番号	(日中の連絡先)	()

申請 内 容	以下について、医療機関、薬局ごとにご記入ください。(一部負担金を支払って療養を受けたもの)					
	⑥ 療養を受けた医療機関・薬局の 所在地	名 称				
	⑦ 療養を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
	⑧ ⑦の期間に支払った 一部負担金の額	円				円
	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 療養補償証明書を受診の際に 提出できなかつた理由					
	⑩ ⑦の期間の属する月に支給を 受けた療養費・特定療養費の額	療養費の額 円	特定療養費の額 円	高額療養費の額 円		
	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 金庫 信組 信連・信漁連 農協・漁協				

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。						
	預金種別	1:普通 2:当座	口座 名義	△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		□□□□□□□□□□□□		□□□□□□□□□□□□			

⑫ 受取 代理 人 の 欄	③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。					
	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。 氏名				
	代理人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ)	委任者と 代理人 との関係		
		住所	(〒)	電話番号 (日中の連絡先)	()	

受付印

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
