



船員保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

高

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

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				ー				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 出張所 代理店 信金 農協 支店(支所) 信金 漁協 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 別段	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)										被保険者との関係					
		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



被保険者 被扶養者 世帯合算
船員保険 高額療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

申請内容	⑧	診療月	令和		年	月	左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)にご記入ください。 ※申請書は月ごとに1件(2ページ)ずつご記入ください。																
	⑨	療養を受けた方の	氏名																				
			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日												
	⑩	療養を受けた医療機関・薬局の	名称																				
			所在地																				
	⑪	病気・ケガの別 ※ケガの場合は別紙「負傷原因届」を添付してください。	〔病気〕	〔ケガ〕	〔病気〕			〔ケガ〕	〔病気〕			〔ケガ〕											
	⑫	療養を受けた期間 (別の診療月の期間の記入はできません)	令和		年		月		日から	令和		年		月		日から	令和		年		月		日まで
	⑬	入院・通院の別	〔入院〕	〔通院・その他〕	〔入院〕			〔通院・その他〕	〔入院〕			〔通院・その他〕											
	⑭	⑫の期間に支払った額のうち、 保険診療分の金額 (自己負担額)				円						円						円					
		上記の自己負担額が不明の 場合は支払った総額				円						円						円					
⑮	他の公的制度から、医療費の 助成を受けているかどうか	〔受けていない〕 〔受けた〕	(制度名))			〔受けていない〕 〔受けた〕	(制度名))			〔受けていない〕 〔受けた〕	(制度名))			

⑧の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3回以上ある場合は、最近3回分の診療月をご記入ください。

⑯	診療月	1	令和	年	月	2	令和	年	月	3	令和	年	月

被保険者本人が市区町村民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け
原本を添付してください。
(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)
他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

⑰ 市区町村長 証明欄	当該被保険者は令和()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村長名 印