



船員保険 休業手当金 支給申請書 (第 回)

休

被保険者(申請者)記入用		支給決定まで、労災保険決定後1~2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)	<div></div>	
	② 個人番号 (マイナンバー)	<div></div> 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	<div></div> 昭和 平成 令和	
	⑤ 住所	<div></div> 郵便番号 電話番号 (日中の連絡先)	
⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	<div></div> 1. 希望する 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	<div></div> 銀行 信金 労金 信漁連 農協 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	<div></div> 普通 当座 カタカナでご記入ください。	
口座番号	<div></div> 口座名義		
⑦ 受取代理人の欄	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。		
	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) 電話番号 (日中の連絡先)

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 休業手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用		支給決定まで、労災保険決定後1～2か月以上かかります。																		
申請内容	⑧	船舶所有者の住所																		
		船舶所有者の氏名																		
	⑨	傷病名	1		負傷または発病の年月日	1														
			2			2														
			3			3														
	⑩	該当の傷病は第三者行為によるものですか。	<input type="checkbox"/> はい → ※「はい」の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。 <input type="checkbox"/> いいえ																	
	⑪	休業(補償)給付の請求を行っている労働基準監督署の名称、所在地をご記入ください。	名称	所在地																
			労働基準監督署																	
	⑫	療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 <table><tr><td></td><td>年</td><td></td><td>月</td><td></td><td>日</td></tr></table> から <table><tr><td>日数</td></tr></table> 日間 令和 <table><tr><td></td><td>年</td><td></td><td>月</td><td></td><td>日</td></tr></table> まで						年		月		日	日数		年		月		日
		年		月		日														
日数																				
	年		月		日															
確認事項	⑬	上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。 (※1)「はい」の場合は、その期間と報酬額をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい → 令和 年 月 日から 報酬額 円 <input type="checkbox"/> いいえ 令和 年 月 日まで																	
	⑭	「障害厚生年金」を受給していますか。 (※2)「はい」の場合は、傷病名と基礎年金番号等をご記入ください。(「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。)	<div><input type="checkbox"/> はい</div> <div><input type="checkbox"/> 請求中</div> <div><input type="checkbox"/> いいえ</div> <div>(※2) <table><tr><td>傷病名</td><td></td></tr><tr><td>基礎年金番号(10けた)</td><td>年金コード(4けた)</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>支給開始年月日</td><td>年金額</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></div>				傷病名		基礎年金番号(10けた)	年金コード(4けた)			支給開始年月日	年金額						
傷病名																				
基礎年金番号(10けた)	年金コード(4けた)																			
支給開始年月日	年金額																			

船員保険 休業手当金 支給申請書

船舶所有者記入用

支給決定まで、労災保険決定後1～2か月以上かかります。

職務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。  
※労災保険に提出された「休業補償給付支給請求書(様式第8号)」の両面コピーを添付していただく場合は、船舶所有者の証明(当ページ)の提出は不要です。

被保険者氏名																		
勤務状況(【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。)														出勤	有給			
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31												計	日	日			
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31												計	日	日			
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31												計	日	日			
職務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														給与の種類 (○で囲んでください。)		賃金計算		
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄にご記入ください。														月給	日給	日給月給	締日	日
														時間給	歩合給	その他	支払日	当月 翌月
船舶所有者が証明するところ	支給した(する)賃金内訳	単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について ご記入ください。												
		支給額	支給額	支給額														
		基本給																
		手当																
		手当																
		手当																
		手当																
		その他																
		合計																
職務に服しなかった期間		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで																
●上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日														担当者氏名				
船舶所有者の住所																		
船舶所有者の氏名																		
電話番号 ( )																		



船員保険 休業手当金 支給申請書

療養担当者記入用

※労災保険に提出された「休業補償給付支給請求書(様式第8号)」の両面コピーを添付していただく場合は、療養担当者の証明(当ページ)の提出は不要です。

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名										
	傷病名	1		療養の給付 開始年月日 (初診日)	1	平成 令和	年	月	日		
		2			2	平成 令和	年	月	日		
		3			3	平成 令和	年	月	日		
	発病または 負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	発病 負傷					
	職務不能と 認めた期間	令和	年	月	日から	発病または 負傷の原因					
		令和	年	月	日まで		日間				
	うち入院期間	令和	年	月	日から	療養費用の別	船保	自費	公費	( )	その他
		令和	年	月	日まで		転帰	治癒	繰越	中止	転医
	診療実日数	日	診療日を ○で囲ん でくださ い。	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
月				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31							
月				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31							
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)						手術年月日	令和	年	月	日	
						退院年月日	令和	年	月	日	
症状経過からみて従来の職種について職務不能と認められた医学的所見											
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日				昭和		平成	令和	年	月	日
	人工臓器等の種類		人工肛門		人工関節		人工骨頭		心臓ペースメーカー		
		人工透析		その他		( )					
●上記のとおり相違ありません。											
令和 年 月 日											
医療機関の所在地											
医療機関の名称											
医師の氏名											
電話番号 ( )											