

船員保険 ~~休業~~ 特別支給金支給申請書

被保険者（申請者）欄	①	記 号 ・ 番 号 (左 づ め)											—																	
	②	被 保 険 者 の 氏 名 (申 請 者)	(フリガナ)																											
	③	生 年 月 日	昭和 ・ 平成			年			月			日																		
④	住 所	郵便番号				—						電話番号 (日中の連絡先)										()								
		都道府県																												

申請内容	⑤	傷病名	1)	
			2)	
			3)	
	⑥	今回の申請は、次のいずれに該当しますか。	<input type="checkbox"/> 1) 労災保険から休業（補償）給付を受け、その給付基礎日額を船員保険の標準報酬月額に換算した場合の等級が、船員保険の標準報酬月額等級を1等級以上下回る場合（2の場合を除く） <input type="checkbox"/> 2) 療養を開始した日から1年6月を経過した日以後の期間につき、休業手当金を受けられる場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3) 療養を受けなくなった日以後、1月の範囲内で、当該疾病又は負傷により船舶に乗り組むことができない場合	
⑦	職務に服することができなかった期間（申請期間）	令和 <div> <div></div> <div>年</div> <div></div> <div>月</div> <div></div> <div>日</div> </div> から <div> <div></div> <div>日数</div> </div> 日間 <div> <div></div> <div>年</div> <div></div> <div>月</div> <div></div> <div>日</div> </div> まで <div> <div></div> <div>日間</div> </div>		

ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、
漢数字三文字の支店名をご記入ください。

[illegible]

⑨ 受 取 代 理 人 の 欄	②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。			令和 年 月 日
		氏 名		住所 「被保険者欄④」の住所と同じ	
	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	(千 一) 電話番号 (日中の連絡先) ()			

被保険者の記号番号を記入した場合は
記入不要です。記入した場合は必ず▶
本人確認書類を添付してください。

[illegible]

裏面に船舶所有者証明欄および療養担当者証明欄があります。

受 付 日 付 印

※以下の2箇所証明を受けてください。
(申請期間が退職後の期間の場合、船舶所有者の証明は不要です)

船舶所有者が証明するところ	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															
	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。																															担当者氏名																				
令和																															年		月		日																
船舶所有者																																																			
住所																																																			
氏名																																																			
電話（ ）																																																			

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																																		
	傷病名	(1)	療養の給付終了年月日	(1) 令和		年		月		日																																									
		(2)		(2) 令和		年		月		日																																									
		(3)		(3) 令和		年		月		日																																									
	療養の給付終了後職務不能と認めた期間		令和		年		月		日		から				日間																																				
		令和		年		月		日		まで																																									
上記傷病名について療養の給付終了後、職務不能と認められた理由																																																			
上記のとおり相違ありません。																																																			
令和																															年		月		日																
医療機関所在地																																																			
医療機関の名称																																																			
医師の氏名																																																			
電話（ ）																																																			