

記入例

予後特別支給金支給申請書

船員保険 休業
予後 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)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3
	② 被保険者氏名 (申請者)	(フリガナ) センポ タロウ 船保 太郎
	③ 生年月日	昭和・平成 33030303
	④ 住所	郵便番号 102-0071 電話番号 (日中の連絡先) 03 (××××) ×××
		東京 都道府県 千代田区富士見1-1-1

申請内容	⑤ 傷病名	1) 脳挫傷 2) 3)
	⑥ 今回の申請は、次のいずれに該当しますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" 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) 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 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 1 職務に服することができなかった期間 (申請期間)	令和 年 月 日 ○ ○ 0 4 1 6 年 月 日 ○ ○ 0 5 1 5
		から 日数 まで 日間 30
		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。

⑧ 振込希望口座	2 金融機関名称	○○	銀行 金庫 信組 信連・信漁連 農協・漁協	○○	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別 普通 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。 セ ン ホ タ 口 ウ)		
口座番号 1 2 3 4 5 6 7					

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
3 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)	()	

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。

被保険者のマイナンバー記入欄

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。

受付印

添付書類

治癒（症状固定）の日付が確認できる書類の写しを添付してください。

- ・**労災保険休業補償給付支給請求書(様式第8号)表面**
 - ・**労災保険障害補償給付支給請求書(様式第10号)のうち診断書**など

R8.1

※以下の2箇所に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	船保 太郎													
	勤務状況（【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。）													出 勤	有 給
	令和 〇〇 年 4 月	/ / / 全 休 / / / 8 9 10 桂 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	0 日	0 日										
	令和 〇〇 年 5 月	公 休 / / / / 公 休 11 12 13 14 15 △ 16 △ 17 18 19 △ 20 □ 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	7 日	5 日										
	職務に服しなかった期間	令和 〇〇 年 4 月 16 日 から 30 日間 令和 〇〇 年 5 月 15 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	〇〇 〇〇
	令和 〇〇 年 6 月 20 日													船舶所有者	
住 所	東京都千代田区△△ 1-1														
氏 名	(株) 協会商事														
	電話	03 (□□□□) □□□□													

療 養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名	船保 太郎												
	傷病名	(1) 脳挫傷			療養の給付 終了年月日	(1) 令和 〇〇 年 4 月 15 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 〇〇 年 4 月 16 日 から 30 日間 令和 〇〇 年 5 月 15 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 令和〇〇年4月15日をもって症状固定のため治ゆとしたが、後遺症が残存していたため職務不能と判断した。													
	上記のとおり相違ありません。													
令和 〇〇 年 5 月 20 日														
医療機関所在地	東京都千代田区△△ 1-1													
医療機関の名称	品川〇〇病院													
医師の氏名	保険 五郎													
	電話	03 (□□□□) □□□□												