

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	被保険者証の記号および番号(左づめ)											
	②	被保険者の氏名・印(申請者)	(フリガナ)										
	③	生年月日	昭和 平成	年	月	日	自署の場合は押印を省略できます。						
	④	住所	郵便番号	—	電話番号(日中の連絡先)	()							
			都 道 府 県										

⑤ 振 込 希 望 口 座	金融機関名称	銀行 信金 労金 信漁連 農協 漁協 その他 ()										
	預金種別	普通 当座 その他 ()	本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所) ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。									
	口座番号	□座名義	カタカナでご記入ください。									

②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。(この欄の押印は省略できません。)

⑥ 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。									
	代理人(口座名義人)	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日 住所 「被保険者欄④」の住所と同じ							
		住所	(郵便番号)	—	電話番号(日中の連絡先)	()					

被保険者証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

R2.4

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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	⑦	船舶所有者の住所				
		船舶所有者の氏名				
	⑧	傷病名	1	負傷または発病の年月日	1	
			2		2	
3			3			
⑨	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				
⑩	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				
⑪	療養のため休んだ期間(申請期間)	平成 年 月 日 から 日数 日間 令和 年 月 日 まで				
確認事項	⑫	上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬(給与等)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 (※1) 平成 年 月 日 から 報酬額 <input type="checkbox"/> いいえ 平成 年 月 日 まで 円			
	⑬	「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」の場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	(※2) 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
(平成) (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									
(平成) (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									
(平成) (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							
			(月給)	(日給)	(日給月給)	締日	日						
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。			(時間給)	(歩合給)	(その他)	支払日	(当月) (翌月) 日						
船舶所有者が証明するところ	期間	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。							
	区分		支給額	支給額	支給額								
	支給した(する)賃金内訳	基本給											
	手当												
	手当												
	手当												
	その他												
	合計												
職務に服しなかった期間		(平成) (令和) 年 月 日 から	日間										
		(平成) (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							
船舶所有者の住所													
船舶所有者の氏名						印							
						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)																											
		2																												
		3																												
	発病または負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	発病 負傷																								
	職務不能と認められた期間	平成 令和	年	月	日	から	日間	発病または負傷の原因																						
		平成 令和	年	月	日	まで																								
	うち入院期間	平成 令和	年	月	日	から	日間 入院	療養費用の別		船保 自費 公費 () その他																				
		平成 令和	年	月	日	まで		転 帰		治愈 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「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)								手術年月日	平成 令和	年	月	日																		
								退院年月日	平成 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																														
印 電話番号 ()																														