

平成21年12月31日までに発生した職務上の事由または、通勤による疾病
に対して自費で受診した場合にご使用ください。



全国健康保険協会 船員保険部

1 2 ページ

職務上

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
(立替払等)

立

被保険者(申請者)記入用

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		年		月		日			
	⑤	住所	郵便番号			―			電話番号 (日中の連絡先)	()		

⑥ 振込希望口座	金融機関名称	銀行 本店(本所) 出張所 代理店 信金 労金 信漁連 支店(支所) 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	普通	当座	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)								
		住所	(郵便番号) 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



職務上

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

申請 内 容	⑧	受診者	氏名	生年月日		昭和 平成	年	月	日
	⑨	傷病名			発病 または 負傷年月日	昭和 平成	年	月	日
	⑩	発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気(疾病) ➡ 発病時の状況 <input type="checkbox"/> ケガ(負傷) ➡ 別紙「負傷原因届」を添付してください。						
	⑪	診療を受けた医療機関等	医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名			
			医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名			
	⑫	診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 日間						
上記の期間に入院していた場合は、その期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 日間									
⑬	診療に要した費用の額	海外で診療を受けた場合は、国名と通貨単価をご記入ください。 円 (国名:) (通貨:)							
⑭	診療の内容								
⑮	療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため <input type="checkbox"/> 他の保険者の資格で医療機関等を受診し、医療費を返還したため <input type="checkbox"/> 入院時の食事の差額を申請するため <input type="checkbox"/> 海外で急な病気やケガなどにより、やむを得ず現地の医療機関で受診したため <input type="checkbox"/> その他 理由							