

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  
に対して治療用装具を作成した場合にご使用ください。

1 2 ページ



**職務上**

# 船員保険 被保険者 療養費 支給申請書

(治療用装具)

**装**

## 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 平成		年	月	日				
⑤ 住所	郵便番号			一				電話番号 (日中の連絡先)	( )	
	都		道		府		県			

⑥振込希望口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信漁連 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )				<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 支店(支所)						
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 当座		カタカナでご記入ください。						
	口座番号					ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。						

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)				被保険者との 関係			
	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  
(治療用装具)

## 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	□ 病気(疾病) → 発病時の状況 □ 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 装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日					
	⑬ 装具等の購入日 (領収日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日					
	⑭ 装具等の装着確認日 (証明日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日					
	⑮ 装具等の購入金額	円					
	⑯ 診療の内容	治療用装具の装着					
	⑰ 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作製したため					