

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



全国健康保険協会 船員保険部

船員保険

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			—			電話番号 (日中の連絡先)	( )		
			都 府	道 県								

⑥ 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 ( )		本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所)		
	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)	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	<input type="checkbox"/> 病気(疾病) → <div>発病時の状況</div> <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	装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	令和		年		月		日
	⑬	装具等の購入日 (領収日)	令和		年		月		日
⑭	装具等の装着確認日 (証明日)	令和		年		月		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							