



船員保険 被保険者 移送費 支給申請書

移

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)															
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)														
	④ 生年月日	[昭和] [平成] [令和]	年	月	日											
	⑤ 住所	郵便番号	—			—			—			電話番号 (日中の連絡先) ()				
		<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県											

⑥ 振込希望口座 欄	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない	→ 「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。		
	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



船員保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

申請内容	⑧ 移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)		被保険者との続柄	
	⑨ 受診者 ※被保険者の場合、 ⑨の記入は不要です。	氏名		生年月日 <small>(昭和) (平成) (令和)</small>	年 月 日
	⑩ 傷病名			発病 または 負傷年月日 <small>(昭和) (平成) (令和)</small>	年 月 日
	⑪ 発病または負傷の 原因を詳しく	<small>※「ケガ」の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。 第三者の行為によるものの場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。</small>			
	⑫ 外国で診療介護または 移送を受けるに至った 症状経過及び理由				
	⑬ 診療等の支給または 手当を受けた病院 あるいは診療所(医院)	名称		診療を担当した 医師等の名前	
		所在地			
	⑭ 移送を受けた区間、 移送期間及び 費用の請求	移送経路	から まで		
		移送後 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	移送先	病院	
		移送期間 <small>(平成) (令和)</small> 年 月 日から <small>(平成) (令和)</small> 年 月 日まで			
		移送回数 回	移送に要した 費用	円	
		距離 Km	利用交通機関		
	⑮ 移送を必要と する理由	(症状その他具体的に記入してください。 また付添人が必要な場合は人数とその必要な理由を併記してください。)			
	⑯ 付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(付添人の氏名) ----- (付添人の住所)		