

※

この欄は記入しないでください

本件下記のとおり発行いたしたい			
継続療養の証明有効期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
種類	職務上・下船後三月 通勤災害・日雇特例 該当		

職務上

船員保険被保険者資格喪失後の継続療養受給届

(1)
日雇特例被保険者又はその者の被扶養者は、健康保険被保険者手帳を添付してください。

届出者が記入するところ	① 記 号 ・ 番 号			② 船舶所有者の住所及び名称		
	③ 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。)	
	④ 被 保 険 者 資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	⑤ 被 保 険 者 資 格 喪 失 年 月 日	平成 令和	年 月 日
	⑥ 雇 入 契 約 終 了 年 月 日	平成 令和	年 月 日	⑦ 下 船 した 場 所		
診療担当者が記入するところ	⑧ 傷 病 名					
	⑨ 負 傷 の 原 因					
	⑩ 職 務 上 外 又 は 通 勤 の 別					
	⑪ 発 病 年 月 日					
	⑫ 療 養 の 給 付 開 始 年 月 日					
	⑬ 症 状 所 見					
	⑭ 今 後 の 療 養 見 込 期 間					
⑮ 担当医療機関の 所在地・名称・ 担当医師の氏名						

上記のとおり被保険者資格喪失後も引き続き療養の給付を受けたいので、お届けします。

令和 年 月 日

被保険者であつた者の
郵便番号 (〒)
住所
電話番号 ()-()-()
氏 名
生年月日 年 月 日

全国健康保険協会船員保険部長 殿

※ (受付印)