



記入例

療養費支給申請書(立替払等)

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部
船員保険被保険者
船員保険
家族療養費 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)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3			
	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。(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) センボ タロウ 船保 太郎				
	④ 生年月日	〔頭文字〕 平成 〔令和〕	○	○	0	1 2 3
	⑤ 住所	郵便番号	1 0 2 - 8 0 1 6	電話番号 (日中の連絡先)	03 (xxxx) 0000	

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	1. 希望する 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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農銀 <input type="checkbox"/> その他の銀行		<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 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	④ 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託します。			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

1

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑥をご確認ください。

2

船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)なお、④欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3

公金受取口座の利用について「1:希望する」を選択された場合は、振込先口座のご記入は不要です。
※被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

4

③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

5

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。貼付台紙に⑦①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦身元確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー
その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

①番号確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違がないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

*1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

*2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

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

1

R8.1

被保険者
家族 療養費 支給申請書
(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

⑧	受診者 ※被保険者の場合、 ⑧の記入は不要です。	氏名	船保 花子	生年月日 〔平成〕〇〇年〇〇月〇〇日 〔令和〕〇〇年〇〇月〇〇日																																												
⑨	傷病名	左足首捻挫		発病 または 負傷年月日 〔平成〕〇〇年〇〇月〇〇日 〔令和〕〇〇年〇〇月〇〇日																																												
⑩	⑥ 発病の原因および経過	<p><input type="checkbox"/> 病気(疾病) → [発病時の状況]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。</p>																																														
申請内容	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																																												
		〇〇総合病院	東京都〇〇区〇〇	〇〇 〇〇																																												
		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	<table border="1" style="margin-bottom: 10px;"> <tr> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>から</td> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>まで</td> <td>日数</td> </tr> <tr> <td>〇〇</td> <td>〇</td> <td>〇</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>〇〇</td> <td>〇</td> <td>〇</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>上記の期間に入院していた場合は、その期間</p> <table border="1"> <tr> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>から</td> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>まで</td> <td>日数</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>			令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日数	〇〇	〇	〇	7	1	2	〇〇	〇	〇	7	1	4	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日数											
令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日数																																						
〇〇	〇	〇	7	1	2	〇〇	〇	〇	7	1	4																																					
令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日数																																						
⑬ 診療に要した費用の額	9,600 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	病院で診察を受け、薬を処方された。																																														
⑮	療養費の支給申請の理由	<p><input checked="" 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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 入院時の食事の差額を申請するため</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p style="text-align: center;">[理由]</p>																																														

6

病気(疾病)の場合は、発病時の状況を記入してください。(わからない場合は、「不詳」とご記入ください。)

ケガ(負傷)の場合は、別紙「負傷原因届」を添付してください。

7

診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。

日数は診療を受けた日の数をご記入ください。

8

領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。



申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1 ページ

被保険者(被扶養者)記入用	
① 被保険者(被扶養者)の氏名	姓 名
② 被保険者(被扶養者)の性別	男 女
③ 被保険者(被扶養者)の年齢	年 齡
④ 被保険者(被扶養者)の誕生日	生年 生月 生日
⑤ 被保険者(被扶養者)の年次	年 次
⑥ 被保険者(被扶養者)の年月日	年 次 年 月 日
⑦ 被保険者(被扶養者)の電話番号	電話番号 ()
⑧ 被保険者(被扶養者)の郵便番号	郵便番号
公金受取人欄	
⑨ 公金受取人の氏名	姓 名
⑩ 公金受取人の性別	男 女
⑪ 公金受取人の年齢	年 齡
⑫ 公金受取人の誕生日	生年 生月 生日
⑬ 公金受取人の年次	年 次
⑭ 公金受取人の年月日	年 次 年 月 日
⑮ 公金受取人の電話番号	電話番号 ()
⑯ 公金受取人の郵便番号	郵便番号 ()
被保険者(被扶養者)記入用	
⑰ 被保険者(被扶養者)の氏名	姓 名
⑱ 被保険者(被扶養者)の性別	男 女
⑲ 被保険者(被扶養者)の年齢	年 齡
⑳ 被保険者(被扶養者)の誕生日	生年 生月 生日
㉑ 被保険者(被扶養者)の年次	年 次
㉒ 被保険者(被扶養者)の年月日	年 次 年 月 日
㉓ 被保険者(被扶養者)の電話番号	電話番号 ()
㉔ 被保険者(被扶養者)の郵便番号	郵便番号 ()
支給申請書記入用	
㉕ 支給申請書記入用	支給申請書記入用

TEL:03-6202-XXXX、郵便番号:100-00123、FAX:03-5555-1234
全国健康保険協会 船員保険部

2 ページ

被保険者(被扶養者)記入用	
① 被保険者(被扶養者)の氏名	姓 名
② 被保険者(被扶養者)の性別	男 女
③ 被保険者(被扶養者)の年齢	年 齡
④ 被保険者(被扶養者)の誕生日	生年 生月 生日
⑤ 被保険者(被扶養者)の年次	年 次
⑥ 被保険者(被扶養者)の年月日	年 次 年 月 日
⑦ 被保険者(被扶養者)の電話番号	電話番号 ()
⑧ 被保険者(被扶養者)の郵便番号	郵便番号 ()
診療を受けた医療機関	
⑨ 医療機関の名称	医療機関の所在地
⑩ 医療機関の年次	医療機関の所在地
⑪ 医療機関の年月日	医療機関の所在地
⑫ 診療を受けた期間	年 月 日 年 月 日 年 月 日
⑬ 診療を受けた費用の額	年 月 日 年 月 日 年 月 日
⑭ 診療を受けた費用の額	年 月 日 年 月 日 年 月 日
⑮ 被保険者の支給申請の理由	年 月 日 年 月 日 年 月 日
被保険者(被扶養者)の記入用	
㉖ 被保険者(被扶養者)の氏名	姓 名
㉗ 被保険者(被扶養者)の性別	男 女
㉘ 被保険者(被扶養者)の年齢	年 齡
㉙ 被保険者(被扶養者)の誕生日	生年 生月 生日
㉚ 被保険者(被扶養者)の年次	年 次
㉛ 被保険者(被扶養者)の年月日	年 次 年 月 日
㉜ 被保険者(被扶養者)の電話番号	電話番号 ()
㉝ 被保険者(被扶養者)の郵便番号	郵便番号 ()
支給申請書記入用	
㉞ 支給申請書記入用	支給申請書記入用

申請書は、家族(被扶養者)の療養費支給申請書であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなられた場合は、生計を同じくされていたご家族の方がご記入ください。

添付書類をご用意ください。

医療費を自費で支払ったとき(立替払)	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療内容を記載した証明書 診療明細書等 ● 領収書(領収明細書)の原本 診療に要した費用を証明した領収書の原本
国民健康保険など他の保険者の記号番号で受診し、医療給付費の返還を行ったとき	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療報酬明細書 医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書 (封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください。) ● 領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本
限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき	<ul style="list-style-type: none"> ● 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し 上記の証をお持ちでない場合で、被保険者が市区町村民税非課税の場合は、マイナンバー記入欄にマイナンバーを記入し、本人確認書類を添付してください。(詳しくは1ページをご覧ください。) ● 領収書の原本 食事療養について支払った費用を証明した領収書の原本
生血液を輸血したとき	<ul style="list-style-type: none"> ● 輸血証明書 輸血回数が記載されたもの ● 領収書の原本 血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載されている領収書の原本
<p>▼ 上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。</p>	
ケガ(負傷)による申請の場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 負傷原因届 ※
第三者による傷病の場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 第三者行為による傷病届 ※
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請する場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ● 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等
臍帯血を搬送した場合等	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書の原本 搬送に要した費用を証明した領収書の原本 ● 以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書 傷病名、搬送理由、搬送元・区間(詳細な経路)、期間、回数

※ ホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、船員保険部までご連絡ください。)



療養費の支給要件等

支給を受ける条件

やむを得ず、マイナ保険証を提示できず自費で受診したときなど、次に該当する場合に、船員保険部がやむを得ないと認めたときに療養費が支給されます。

- ① マイナ保険証を持参できず、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき
- ② 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず船員保険が利用できない医療機関で診療を受けたとき
- ③ 船員保険の加入期間に、資格がなくなった他の保険者(国民健康保険など)の記号番号で診療等を受け、当該保険者に医療給付費の返還を行ったとき
- ④ 限度額適用・標準負担額減額認定証(※)を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき
※被保険者の市区町村民税が非課税である場合、船員保険部に負担額減額申請を行うことで発行される医療費(自己負担額)や入院時の食事代が減額される認定証です。
- ⑤ 生血液の輸血を受けたとき(保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため療養費を請求する必要はありません。)
- ⑥ 脘帯血等を搬送したとき

支給額

申請書に添付された診療報酬明細書等により、船員保険部が「健康保険の療養に要する費用の額の算定方法(診療報酬点数表)」に基づき計算した額から、一部負担金等相当額(加入者が負担すべき額)を差し引いた額が、療養費として支給されます。

実際に支払った額(返還した額)の中に保険診療が認められていない処置や薬剤、病気の予防を目的とする予防注射等の費用が含まれている場合は、療養費の計算から除かれます。

実際に支払った額	
一部負担金等相当額	払い戻される額(療養費)

保険診療が認められないものは支給計算の対象外となります。

臍帯血等を搬送したときは、この算定方法によりません。詳細は船員保険部へお問い合わせください。