

記入例

一部負担金相当額支給申請書

下船後の療養補償に相当する療養(乗船中に発生した職務外の病気やけが)について、何らかの事情により療養補償証明書を提出できずに医療機関を受診され、一部負担金を支払われた場合は、「一部負担金相当額支給申請書」をご提出いただくことにより、一部負担金相当額の支給を受けることができます。
(療養補償証明書を医療機関の窓口に提出したが、下船後の療養補償の取扱いを受けられず、一部負担金を支払われた場合も含まれます。)

船員保険

一部負担金相当額支給申請書

支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

※ 領収(明細)書と療養補償証明書(全国健康保険協会用)をご添付ください。

被保険者欄

① 記 号 ・ 番 号

左づめ

1234567890ー

右づめ

123

② 個 人 番 号
(マイ ナ ン バ ー)

③ 被 保 険 者 の 氏 名
(フリガナ)

④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日

⑤ 被 保 険 者 の 住 所

センボ タロウ

船保 太郎

昭和 令和
平成 〇 〇 0 1 2 3

郵便番号 1 0 5 ー 0 0 0 0 電話番号
(日中の連絡先) 03 (××××) ××××

東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101

⑥ 療 養 を 受 け た 医 療 機 関 ・ 薬 局 の 名 称

⑦ 療 養 を 受 け た 期 間

⑧ ⑦ の 期 間 に 支 払 っ た 一 部 負 担 金 の 額

⑨ 療 養 補 償 証 明 書 を 受 診 の 際 に 提 出 で き な っ た 理 由

⑩ ⑦ の 期 間 の 属 す る 月 に 支 給 を 受 け た 療 養 費 ・ 特 定 療 養 費 の 額

療養費の額

円

特定療養費の額

円

高額療養費の額

円

⑪ ④ 公金受取口座の利用について

1 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

銀行 金庫 信組 信連・信漁連 農協・漁協

本店 支店 出張所 本所 支所

預金種別

1:普通 2:当座

▽カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1字としてご記入ください。)

口座番号

口座名義

⑤ ③の申請者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。

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)

委任者と代理人との関係

(千 ー) 電話番号
(日中の連絡先) ()

住所

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

全国健康保険協会 R8.1

以下の書類を添付いただくようお願いします。

領収(明細)書

診療に要した費用の額が記載された領収(明細)書の原本をご添付ください。

療養補償証明書
(全国健康保険協会用)

すでに療養補償証明書を全国健康保険協会船員保険部へご提出いただいている場合は、添付は不要です。

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。

② 療養補償証明書なしで療養を受けたものについて、医療機関、薬局ごとにご記入ください。

③ 病院へ支払った額のうち、保険診療分についての金額のみご記入ください。(差額ベッド代等の保険外の金額を除く)
ただし、入院の場合は、食事療養標準負担額(食費の本人負担)または生活療養標準負担額(65歳以上の方が療養病床に入院した場合の食費・居住費の本人負担)として支払った額も含まれます。

④ 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。

⑤ 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。