

記入例

一部負擔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みます。)

船員保險 一部負擔金相當額支給申請書

支給決定まで、診療月後
3か月以上かかります。

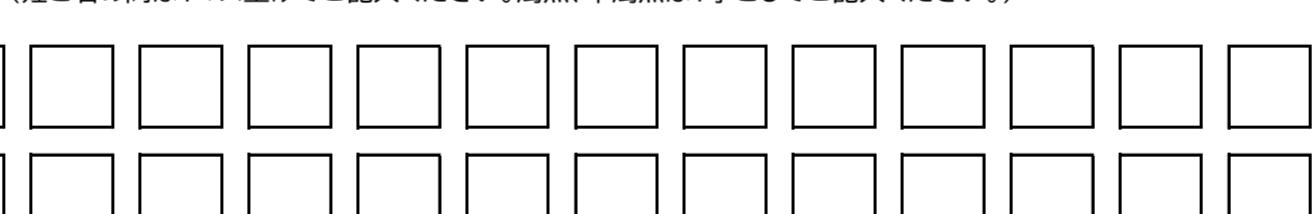
※ 領収(明細)書と療養補償証明書(全国健康保険協会用)をご添付ください。

| | | | | | | |
|-------|--------------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------|---|
| 被保険者欄 | ① 記号・番号 | 左づめ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 — | 左づめ 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。(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) センポ タロウ 船保 太郎 | | | | |
| | ④ 被保険者の生年月日 | 昭和 平成 | 令和 | 年 <input type="radio"/> 〇 <input type="radio"/> | 月 0 1 2 3 | 日 |
| | ⑤ 被保険者の住所 | 郵便番号 105-0000 | 電話番号 (日中の連絡先) 03 (XXXX) XXXX | | | |

- 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 | 以下について、医療機関、薬局ごとにご記入ください。(一部負担金を支払って療養を受けたもの) | | | | | | | | | | |
| 申 請 内 容 | ⑥ | 名 称 | 千代田〇〇病院 | | | 品川〇〇総合病院 | | | 品川〇〇薬局 | | |
| | | 療養を受けた医療機関・薬局の所在 | 東京都千代田区△△2-2 | | | 東京都品川区△△1-1 | | | 東京都品川区△△1-2 | | |
| ⑦ | 療養を受けた期間 | | 令和〇〇年10月1日から | 令和〇〇年10月5日から | 令和〇〇年10月5日から | 令和〇〇年10月15日まで | 令和〇〇年11月2日まで | 令和〇〇年11月2日まで | 令和〇〇年11月2日まで | | |
| | 令和〇〇年10月15日まで | 令和〇〇年11月2日まで | 令和〇〇年11月2日まで | | | | | | | | |
| ⑧ | ⑦の期間に支払った一部負担金の額 | 145,829 円 | | | 12,000 円 | | | 3,800 円 | | | |
| | | 保険診療分の自己負担額をご記入ください。(入院の場合は、食事療養標準負担額(食費の本人負担)も含む。) | | | | | | | | | |
| ⑨ | 療養補償証明書を受診の際に提出できなかつた理由 | 緊急で病院へ行ったため、療養補償証明書の発行が間に合わなかつた。 | | | | | | | | | |
| ⑩ | ⑦の期間に支給する特定療養の費用額 | 療養費の額 円 | | | 特定療養費の額 円 | | | 高額療養費の額 円 | | | |

- 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。

| | | |
|---|--|--|
| (1) 公金受取口座の利用について | <input checked="" 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 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 | ※ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。 |
| 口座番号 | | △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。) |
| 口座名義 | |  |

- 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みます。

| | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <p>⑫</p> <p>受取代理人の欄</p> | <p>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。</p> <p>被保険者 (申請者) 氏名 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</p> <p>住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ</p> <p>代理人 (口座名義人) 氏名 (フリガナ) 委任者と 代理人の関係</p> <p>住所 (〒――――――) 電話番号 (日中の連絡先) ()</p> | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|

- 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。

受付日付印

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

以下の書類を添付いたしますようお願いします。

| | |
|------------------------|---|
| 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。 |