



記入例

傷病手当金支給申請書

1 2 3 4 ページ

船員保険 傷病手当金 支給申請書（第 回）

傷

被保険者(申請者)記入用

受付から支給決定まで、2週間程度かかります。

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)				
	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 生年月日	〔西暦〕 平成 〔西暦〕	○ ○ ○	月 1 2 3	日
	⑤ 住所	郵便番号 東京	1 0 2 - 8 0 1 6	電話番号 (日本中の連絡先)	03 (****) 0000
		都道府県 東京	千代田区富士見2-7-2		

⑥ 振込希望口座	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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信漁連 <input type="checkbox"/> 協賛 <input type="checkbox"/> 渔連 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		カタカナでご記入ください。
	口座番号	口座名義		

⑦ 受取代理人の欄	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	
	被保険者 (申請者)	氏名	住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(フリガナ)	被保険者との 関係
	住所	(郵便番号 -) 電話番号 (日本中の連絡先)	()

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

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

⑦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。)

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。



船員保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

受付から支給決定まで、2週間程度かかります。

申請内容	⑥ 傷病名 1 鎖骨骨折 2 3	鎖骨骨折					初診日 1 令和〇年3月4日 2 3	
		発病時の状況						
		<input type="checkbox"/> 病気(疾病)	<input checked="" type="checkbox"/> ケガ(負傷)	別紙「負傷原因届」を添付してください。				
⑦ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。								
⑩	⑧ 療養のため休んだ期間(申請期間)		令和〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	から	日数	28 日間		
			令和〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	まで				
⑪	あなたの仕事内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)		甲板員					
⑫	上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。 (※1)「はい」の場合は、その期間と報酬額をご記入ください。		<input checked="" type="checkbox"/> はい → 令和〇〇年〇〇月〇〇日から 報酬額 <input type="checkbox"/> いいえ 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで 60,000 円					
確認事項	⑬ 「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。 (※2)「はい」の場合は、傷病名と基礎年金番号等をご記入ください。(「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。)		<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 障害年金 (※2) <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	⑭ <退職後の期間を申請される場合はご記入ください。> 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 (※3)「はい」の場合は、基礎年金番号等をご記入ください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみご記入ください。)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	⑮ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。 (※4)「はい」または「請求中」の場合は、支給元(請求先)の労働基準監督署名をご記入ください。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
⑯	介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	支給元(請求先)の労働基準監督署				

6 療養担当者の意見欄を参考に、傷病名をご記入ください。

7 ご病気(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。)おケガ(負傷)の場合は、別紙「負傷原因届」を必ずご記入ください。

8 療養のため職務に服することができなかつた期間(公休日を含む)をご記入ください。合計日数(日間)も必ずご記入ください。

9 退職後(資格喪失日以降)の期間について申請される場合は、老齢退職年金の受給の有無を必ずお知らせください。

船員保險 傷病手當金 支給申請書

船舶所有者記入用

受付から支給決定まで、2週間程度かかります。

職務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

*退職後(資格喪失日以降)の期間を申請する場合は、船舶所有者の証明(当ページ)の提出は不要です。

申請にあたってご注意いただきたいこと

- 職務上の疾病・負傷により働くことができない場合は、労災保険から休業補償給付の支給を受けることになります。管轄の労働基準監督署にお問い合わせください。船員保険からも上乗せ給付として「休業手当金」が支給される場合がありますのであわせてお手続きください。
 - 被保険者(疾病任意継続被保険者を除く)であった期間が、資格喪失日前1年間に3か月以上、または3年間に1年以上あれば、資格喪失後も傷病手当金の支給を受けることができます。

【被保険者の方へ】

お勤め先の船舶所有者に証明を受けてください。

【船舶所有者の方へ】

- 1

職務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有休の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

- ?

職務に服することができなかつた期間
に対して、賃金を支給した場合は「はい」
に、支給していない場合は「いいえ」に✓
で表示してください。

- 3

給与の種類について、該当する給与の種類を○で囲んでください。

- 4

賃金計算の締日、支払日をご記入ください。

- 5

職務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

- 6

職務に服しなかった期間をご記入ください。

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。



船員保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

患者氏名 船保 太郎			
1 傷病名 1 鎖骨骨折 2 3	療養の給付 開始年月日 (初診日)		1 [平成] ○○ 年 3 月 4 日
			2 [平成] 年 月 日
			3 [平成] 年 月 日
発病または 負傷の年月日 〔平成〕 ○○ 年 3 月 3 日 [発病] 〔令和〕 [負傷]	発病または 負傷の原因 転倒し、右肩を強打		
3 職務不能と 認めた期間 令和 ○○ 年 3 月 4 日から 28 日間 令和 ○○ 年 3 月 31 日まで			
	うち入院期間 令和 ○○ 年 3 月 26 日から 6 日間 入院 令和 ○○ 年 3 月 31 日まで		療養費用の別 船保 [自費] [公費] [障害者医療] [その他] 転帰 [治療] [経過] [中止] [説明]
4 診療実日数 8 日 診療日を ○で囲んで ください。	3 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	手術年月日 令和 年 月 日
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	退院年月日 令和 年 月 日
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) 鎖骨を骨折し、3/4初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。 固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要 症状経過からみて從来の職種について職務不能と認められた医学的所見 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、 職務不能と判断した。			
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日 〔賀茂〕 [平成] [令和] 年 月 日		
	人工臓器等の種類 [人工肛門] [人工開節] [人工骨頭] [心臓ベースメーカー] [人工透析] [その他] ()		
●上記のとおり相違ありません。 令和 ○○ 年 4 月 15 日			
医療機関の所在地 〒OOOO-OOOO 東京都品川区△△1-1			
医療機関の名称 品川OO病院		電話番号 03 (xxxx) OOOO	
医師の氏名 OO OO			

記入にあたってご注意いただきたいこと

- 医学的見地から、療養のため職務不能とみとめられる期間をご記入ください。
また医師意見書の証明年月日より後の日付を、職務不能期間として記入することはできませんので、ご注意ください。
- 医師の氏名の記入もれがないようご注意ください。

【被保険者の方へ】

療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

1

複数の傷病名がある場合は、1から主たる傷病名を順次ご記入ください。

2

左の傷病名について、その傷病の初診日をご記入ください。

3

治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数を記入してください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

4

症状および経過、職務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

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。



申請書は4ページです。漏れなく正確にご記入ください。

申請者情報、申請内容

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなっ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。

船舶所有者の証明

船舶所有者に記入を依頼してください。

療養担当者の意見書

担当医師に記入を依頼してください。

1/4ページ

2/4ページ

3/4ページ

4/4ページ

1/4ページ

This form is the first page of the application for payment of the Seafarer Injury Handicapped Handicap Fund. It includes sections for personal information, medical history, and employment details.

2/4ページ

This form is the second page of the application for payment of the Seafarer Injury Handicapped Handicap Fund. It includes sections for personal information, medical history, and employment details.

3/4ページ

This form is the third page of the application for payment of the Seafarer Injury Handicapped Handicap Fund. It includes sections for personal information, medical history, and employment details.

4/4ページ

This form is the fourth page of the application for payment of the Seafarer Injury Handicapped Handicap Fund. It includes sections for personal information, medical history, and employment details.

添付書類をご用意ください。

以下に当てはまる場合や、変更があった場合に添付いただくもの

支給開始日以前の12か月以内で船舶所有者に変更があった方	以前の各船舶所有者(勤務先)の氏名、住所および使用されていた期間がわかる書類 (船員保険疾病任意継続被保険者であった場合は、住所および加入していた期間)
障害厚生年金の給付を受けている方	<p>●年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー
老齢退職年金の給付を受けている方 (申請期間が資格喪失後の場合)	<p>●年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー
労災保険から休業補償給付を受けている方	休業補償給付支給決定通知書のコピー
ケガ(負傷)の場合	「負傷原因届」
第三者による傷病の場合	「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



傷病手当金の支給要件等

支給を受ける条件

被保険者が病気やケガの療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

① 職務外の事由による病気やケガのための療養中であること

② 仕事につけないこと(職務不能)

職務不能の判定は、療養担当者(医師等)の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。

③ 給与(報酬)の支払いがないこと

給与の支払いがあっても傷病手当金の日額より少ない場合は支給されます。

【疾病任意継続被保険者の場合】

疾病任意継続被保険者の資格を取得した日から起算して1年未満の間に発した病気やケガに限ります。

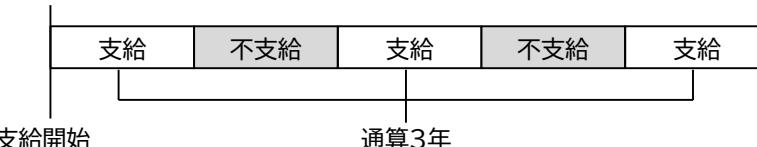
【被保険者資格喪失後も傷病手当金を受ける場合】

被保険者(疾病任意継続被保険者であった期間を除く)であった期間が、資格喪失(疾病任意継続被保険者の場合は、その資格を取得した日)前1年間に3か月以上、または3年間に1年以上あれば、資格喪失後も傷病手当金の支給を受けることができます。

※傷病手当金を受ける権利は、「職務不能であった日ごとにその翌日」から2年で時効になりますのでご注意ください。

支給期間と支給額

① 支給期間 支給開始日から通算して3年の範囲で支給されます。



② 支給額

1日あたりの支給金額:【支給開始日以前の継続した12か月間の各月の標準報酬月額を平均した額】 $\div 30\text{日} \times (2/3)$
※1 ※2

〈支給開始日以前の船員保険加入期間が12か月に満たない場合〉

【支給開始日以前の継続した各月の標準報酬月額を平均した額】 $\div 30\text{日} \times (2/3)$

(※1)「30日」で割ったのち、一の位を四捨五入します。

(※2)「2/3」をかけたのち、小数点第一位を四捨五入します。

③ 傷病手当金の調整

下記①～⑤にあてはまる場合は、傷病手当金の一部または全部が調整されます。

①船舶所有者から給与の支払いがあった場合。

②傷病手当金と同一の傷病等により障害厚生年金または障害手当金を受けている場合

(同一の傷病による国民年金の障害基礎年金を受けるときはその合算額)

③退職後、老齢厚生年金や老齢基礎年金または退職共済年金などを受けている場合

(複数の老齢給付を受けている時はその合算額)

④傷病手当金とは別の傷病等で労災保険から休業補償給付を受けている場合

⑤出産手当金を同時にうけられるとき

・①～⑤の支給日額が、傷病手当金の日額より多いときは、傷病手当金の支給はありません。

・①～⑤の支給日額が、傷病手当金の日額より少いときは、その差額が支給されます。

※なお、傷病手当金を受け取った後に、①～④に該当していることが判明した場合は、
傷病手当金をお返しいただくことになります。