

〒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



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等、治療用装具、生血)

被保険者(申請者)記入用

申 請 内 容	⑦	受診者 ※被保険者の場合、 ⑦の記入は不要です。	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑧	傷病名			発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	⑨	発病の原因および経過	☐ 病気(疾病) → 発病の原因および経過 ☐ ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。						
	⑩	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			
			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			
⑪	診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間							
		上記の期間に入院していた場合は、その期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間							
⑫	診療に要した費用の額	円 海外で診療を受けた場合は、国名と通貨単位をご記入ください。 (国名 :) (通貨単位 :)							
⑬	診療の内容								
⑭	療養費の支給申請の理由	☐ 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため ☐ 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため ☐ 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため ☐ 治療用装具を作成したため ☐ 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 ☐ その他 理由							