

船員保険加入状況等申告書

【別添】

記号・番号	記号		番号	
氏名	(フリガナ)			生年月日
				昭和 平成 年 月 日

傷病手当金・出産手当金の申請期間の初日の属する月までの12か月間に、勤務先が変更した場合(記号番号が変更した場合)、または退職後に疾病任意継続被保険者になった場合は、下記の表にご記入ください。ただし、全国健康保険協会船員保険部に加入していた場合に限りです。

①	船舶所有者名	(フリガナ)		
	所在地 (疾病任意継続被保険者の場合はお住いの住所)	〒 ー	都・道 府・県	
	使用されていた期間 (疾病任意継続被保険者の場合は加入していた期間)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		

②	船舶所有者名	(フリガナ)		
	所在地 (疾病任意継続被保険者の場合はお住いの住所)	〒 ー	都・道 府・県	
	使用されていた期間 (疾病任意継続被保険者の場合は加入していた期間)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		

③	船舶所有者名	(フリガナ)		
	所在地 (疾病任意継続被保険者の場合はお住いの住所)	〒 ー	都・道 府・県	
	使用されていた期間 (疾病任意継続被保険者の場合は加入していた期間)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		