



船員保険

被保険者
家族

葬祭料(費) 支給申請書

被保険者(申請者)・船舶所有者

被扶養者が亡くなられたとき	⑦	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄		
	⑧	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因					
	⑨	第三者の行為によるものですか	はい いいえ	※「はい」の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。					
	⑩	亡くなられた方は、退職などにより健康保険の被保険者資格喪失後に船員保険の被扶養者になった方で、次のいずれかに該当しますか。 (1)健康保険の資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき (2)健康保険の資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき (3)健康保険の資格喪失後、(2)の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき						はい いいえ	
		「はい」の場合、船員保険の被扶養者になる前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号						保険者名	
								記号・番号	

被保険者が亡くなられたとき	⑪	被保険者の氏名		被保険者からみた申請者との身分関係					
	⑫	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因					
	⑬	第三者の行為によるものですか	はい いいえ	※「はい」の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。					
	⑭	葬祭した年月日	令和 年 月 日	葬祭に要した費用の額					
	⑮	最後に使用されていた船舶所有者の氏名		資格喪失年月日	令和 年 月 日				
	⑯	最後に使用されていた船舶所有者の住所							
	⑰	亡くなられた方は、退職などにより船員保険の被保険者資格喪失後に健康保険の被保険者または被扶養者になった方で、資格喪失後3か月以内に亡くなられたことによる申請ですか。						はい いいえ	
		「はい」の場合、船員保険の資格喪失後に健康保険の被保険者または被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号						保険者名	
							記号・番号		
⑱	高齢者の医療の確保に関する法律の葬祭料に相当する支給を受けたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名			
						受給額			

船舶所有者が証明する欄	死亡した方の名前		死亡年月日	
			令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	船舶所有者の住所		令和 年 月 日	
	船舶所有者の氏名		電話番号 ()	