



被保険者
被扶養者
世帯合算

船員保険 高額療養費 支給申請書

高

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

被保険者(申請者)欄	①	記号・番号 (左づめ)																
	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)															
	④	生年月日	昭和 平成 令和		年		月		日									
	⑤	住所	郵便番号					―					電話番号 (日中の連絡先)	()				
			都 道 府 県															

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	☐ 1. 希望する ☐ 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 信金 労金 信漁連 農協 漁協 その他 ()										本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所) ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。									
	預金種別	普通 当座 別段			カタカナでご記入ください。																
	口座番号				口座名義																

③の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。

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

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.8

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



被保険者 被扶養者 世帯合算
船員保険 高額療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

申請内容	⑧	診療月	令和		年		月	左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)にご記入ください。 ※申請書は月ごとに1件(2ページ)ずつご記入ください。								
	⑨	療養を受けた方の	氏名													
			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日					
	⑩	療養を受けた医療機関・薬局の	名称													
			所在地													
	⑪	病気・ケガの別 ※ケガの場合は別紙「負傷原因届」を添付してください。	病気	ケガ	病気	ケガ	病気	ケガ								
	⑫	療養を受けた期間 (別の診療月の期間の記入はできません)	令和		年		月		日から	令和		年		月		日まで
	⑬	入院・通院の別	入院	通院・その他	入院	通院・その他	入院	通院・その他								
⑭	⑫の期間に支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円			円			円								
	上記の自己負担額が不明の場合は支払った総額	円			円			円								
⑮	他の公的制度から、医療費の助成を受けているかどうか	受けていない 受けた (制度名)				受けていない 受けた (制度名)				受けていない 受けた (制度名)						

⑧の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3回以上ある場合は、最近3回分の診療月をご記入ください。

⑯	診療月	1	令和	年	月	2	令和	年	月	3	令和	年	月
---	-----	---	----	---	---	---	----	---	---	---	----	---	---

情報照会	非課税等	☐	被保険者が非課税である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合(記入例参照)には、左記に☑を入れてください。 ただし、非課税であっても、「低所得」にならない場合(記入例参照)は、☑は不要です。
	「非課税等」に☑された方は、高額療養費算出のため、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。 診療月が 1月 ~ 7月 の場合: 前年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号 診療月が 8月 ~ 12月 の場合: 本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号		
	被保険者郵便番号		
	希望しない	☐ マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、左記に☑を入れてください。 希望しない場合には、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。	