

船員保険 一部負担金相当額支給申請書

支給決定まで、診療月後
3か月以上かかります。

※ 領収(明細)書と療養補償証明書(全国健康保険協会用)をご添付ください。

被保険者欄	① 記号・番号	左づめ	一	左づめ	
	② 個人番号 (マイナンバー)				電子申請をご利用の際は、マイナンバーを記入せず、記号・番号をご記入ください。
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)			
	④ 被保険者の生年月日	昭和 令和	年	月	日
	⑤ 被保険者の住所	郵便番号	一	郵便番号 (日中の連絡先)	電話番号 ()

以下について、医療機関、薬局ごとにご記入ください。(一部負担金を支払って療養を受けたもの)				
⑥ 療養を受けた医療機関・薬局の所在地	名 称			
⑦ 療養を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
⑧ ⑦の期間に支払った一部負担金の額	円	円	円	
⑨ 療養補償証明書を受診の際に提出できなかった理由				
⑩ 受けた療養費・特定療養費の額	療養費の額 円	特定療養費の額 円	高額療養費の額 円	

⑪ 公金受取口座の利用について	<input 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	銀行 金庫 信組 信連・信漁連 農協・漁協	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1:普通 2:当座	※ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。
口座番号	口座名義	△カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1字としてご記入ください。)

⑫ 受取代理人の欄				
③の申請者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。				
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)		委任者と代理人との関係
	住所	(〒 -) 電話番号 (日中の連絡先)		()

受付日付印

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者名記載欄