

船員保険被保険者資格喪失後の継続療養受給届

日雇特例被保険者又はその者の被扶養者は、健康保険被保険者手帳を添付してください。

届出者が記入するところ	① 記 号 ・ 番 号			② 船舶所有者の住所及び名称						
	③ 個 人 番 号 (マイナンバー) ※12桁			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。						
	④ 被 保 険 者 資 格 取 得 年 月 日	令和	年	月	日	⑤ 被 保 険 者 資 格 喪 失 年 月 日	令和	年	月	日
	⑥ 雇 入 契 約 終 了 年 月 日	令和	年	月	日	⑦ 下 船 した 場 所				
診療担当者が記入するところ	⑧ 傷 病 名									
	⑨ 負 傷 の 原 因									
	⑩ 職 務 上 外 又 は 通 勤 の 別									
	⑪ 発 病 年 月 日									
	⑫ 療 養 の 給 付 開 始 年 月 日									
	⑬ 症 状 所 見									
	⑭ 今 後 の 療 養 見 込 期 間									
⑮ 担当医療機関の 所在地・名称・ 担当医師の氏名										

上記のとおり被保険者資格喪失後も引き続き療養の給付を受けたいので、お届けします。

※ (受付印)

令和 年 月 日

被保険者であった者の

郵便番号 (〒)

住所

電話番号 ()-()-()

氏 名

生年月日 年 月 日

全国健康保険協会船員保険部長 殿