



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等)

立

被保険者(申請者)記入用

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)	<div>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。</div>															
	③	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)															
	④	生年月日	<div>昭和平成令和</div>															
	⑤	住所	<div>郵便番号 電話番号 (日中の連絡先)</div> <div>都道府県</div>															

⑥ 振込希望口座	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		<div>銀行 信金 労金 信漁連 農協 漁協 その他 ()</div>										<div>本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所)</div>			
	預金種別		<div>普通 当座</div>		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)												
		住所	(郵便番号 -) 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

R8.1

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



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等)

被保険者(申請者)記入用

申請 内 容	⑧	受診者 ※被保険者の場合、 ⑧の記入は不要です。	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑨	傷病名			発病 または 負傷年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑩	発病の原因および経過	<div><input type="checkbox"/> 病気(疾病) → <div>発病時の状況</div></div> <div><input type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。</div>						
	⑪	診療を受けた医療機関等	医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名			
			医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名			
⑫	診療を受けた期間	令和 <div>年 月 日</div> から 令和 <div>年 月 日</div> まで <div>日数</div> 日間							
		上記の期間に入院していた場合は、その期間 令和 <div>年 月 日</div> から 令和 <div>年 月 日</div> まで <div>日数</div> 日間							
⑬	診療に要した費用の額	海外で診療を受けた場合は、国名と通貨単価をご記入ください。 円 (国名:) (通貨:)							
⑭	診療の内容								
⑮	療養費の支給申請の理由	<div><input type="checkbox"/> マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため</div> <div><input type="checkbox"/> 他の保険者の資格で医療機関等を受診し、医療費を返還したため</div> <div><input type="checkbox"/> 入院時の食事の差額を申請するため</div> <div><input type="checkbox"/> 海外で急な病気やケガなどにより、やむを得ず現地の医療機関で受診したため</div> <div><input type="checkbox"/> その他 <div>理由</div></div>							