

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<br>(左づめ)                       |   |  |   |  |   |  |   |                      |
|            | ② 個人番号<br>(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<br>(申請者)                     | (フリガナ)  |  |   |  |   |  |   |                      |
|            | ④ 生年月日                                 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |                      |
|            | ⑤ 住所                                   | 郵便番号  |  |   |  | 一 |  |   | 電話番号<br>(日中の連絡先) ( ) |
|            |  |   |  |   |  |   |  |   |                      |

|          |   |   |  |
|----------|---|---|--|
| 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<br><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  | <input type="checkbox"/> 銀行<br><input type="checkbox"/> 信金<br><input type="checkbox"/> 農協<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> 本店(本所)<br><input type="checkbox"/> 出張所<br><input type="checkbox"/> 支店(支所) |
|          | 預金種別  | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座  | カタカナでご記入ください。  |
|          | 口座番号  |   |  |
|          |   | 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 - ) 電話番号<br>(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<br>※被保険者の場合、<br>⑧の記入は不要です。 | 氏名   | 生年月日  | 年 月 日                         |
|      | ⑨ 傷病名                            |  | 発病<br>または<br>負傷年月日  | 年 月 日                         |
|      | ⑩ 発病の原因および経過                     | <p><input type="checkbox"/> 病気(疾病) → [発病時の状況]</p> <p><input type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。</p>   |   |                               |
|      | 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                    |
|      |                                  | 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                       | 年 月 日<br>令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> から  | 年 月 日<br>令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> まで | 日数<br><input type="text"/> 日間 |
|      | 上記の期間に入院していた場合は、その期間             | 年 月 日<br>令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> から  | 年 月 日<br>令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> まで | 日数<br><input type="text"/> 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。<br>円 (国名: ) (通貨: )   |   |                               |
|      | ⑭ 診療の内容                          |  |   |                               |
|      | ⑮ 療養費の支給申請の理由                    | <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 入院時の食事の差額を申請するため</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>[ 理由 ]</p> |   |                               |