

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (治療用装具)

装

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)											
	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 生年月日	[昭和] [平成] [令和]		年		月		日				
⑤ 住所	郵便番号				一					電話番号 (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 <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] [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]	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 (フリガナ)			住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	氏名			被保険者との関係
	住所	(郵便番号	一) 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 (治療用装具)

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	<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	
	⑫ 装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日					
	⑬ 装具等の購入日 (領収日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日					
	⑭ 装具等の装着確認日 (証明白日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日					
	⑮ 装具等の購入金額	円					
	⑯ 診療の内容	治療用装具の装着					
	⑰ 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作製したため					