



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
(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) | <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 | <div>1. 希望する 2. 希望しない</div> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所)</div> <div>信金 労金 信漁連 農協 漁協 その他 ()</div> <div>ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。</div> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 預金種別 | <div>普通 当座</div> <div>カタカナでご記入ください。</div> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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) | | | | | | | | | | | | 被保険者との関係 | | |
| | | 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 (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 | <input type="checkbox"/> 病気(疾病) → [発病時の状況] <input type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。 | | | | | | |
| | 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 | | 年 | | 月 | | 日 |
| ⑬ | 装具等の購入日 (領収日) | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| ⑭ | 装具等の装着確認日 (証明日) | 令和 | | 年 | | 月 | | 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 | | | | | | | |