

被保険者  
船員保険 家族 葬祭料(費) 支給申請書

葬

## 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日		
	⑤ 住所	郵便番号				—			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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支店(支所)
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	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 (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	—	) 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 家族 葬祭料(費) 支給申請書

## 被保険者(申請者)・船舶所有者

被扶養者が亡くなられたとき	⑧ 被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日	〔昭和〕 〔平成〕 〔令和〕	年 月 日	被保険者との続柄	
	⑨ 死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因				
	⑩ 第三者の行為によるものですか	〔はい〕 <input type="checkbox"/> 〔いいえ〕 <input type="checkbox"/>	※「はい」の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。				
	⑪	亡くなられた方は、退職などにより健康保険の被保険者資格喪失後に船員保険の被扶養者になった方で、次のいずれかに該当しますか。 (1)健康保険の資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき (2)健康保険の資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき (3)健康保険の資格喪失後、(2)の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき			〔はい〕 <input type="checkbox"/> 〔いいえ〕 <input type="checkbox"/>		
	「はい」の場合、船員保険の被扶養者になる前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号			保険者名			
				記号・番号			

被保険者が亡くなられたとき	⑫ 被保険者の氏名		被保険者からみた申請者との身分関係				
	⑬ 死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因				
	⑭ 第三者の行為によるものですか	〔はい〕 <input type="checkbox"/> 〔いいえ〕 <input type="checkbox"/>	※「はい」の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。				
	⑮ 葬祭した年月日	令和 年 月 日	葬祭に要した費用の額				
	⑯ 最後に使用されていた船舶所有者の氏名			資格喪失年月日	令和 年 月 日		
	⑰ 最後に使用されていた船舶所有者の住所						
	⑱	亡くなられた方は、退職などにより船員保険の被保険者資格喪失後に健康保険の被保険者または被扶養者になった方で、資格喪失後3か月以内に亡くなられたことによる申請ですか。			〔はい〕 <input type="checkbox"/> 〔いいえ〕 <input type="checkbox"/>		
⑲	「はい」の場合、船員保険の資格喪失後に健康保険の被保険者または被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号			保険者名			
⑳	高齢者の医療の確保に関する法律の葬祭料に相当する支給を受けたとき	保険者番号		保険者名			
		被保険者番号		受給額	円		

船舶所有者が証明する欄	死亡した方の名前		死亡年月日			
			令和 年 月 日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。					令和 年 月 日
	船舶所有者の住所					
船舶所有者の氏名					電話番号 ( )	