

平成21年12月31日までに発生した職務上の事由または、通勤による疾病
に対して治療用装具を作成した場合にご使用ください。

1 2 ページ



職務上

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)							
	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		年	月	日		
	⑤ 住所	郵便番号		都	道	府	県	電話番号 (日中の連絡先) ()

⑥ 振込希望口座	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)
	預金種別	普通 当座	カタカナでご記入ください。
	口座番号	口座名義	ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。

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
	代理人(口座名義人)	氏名	(フリガナ)	被保険者との 関係	住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ
	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

職務上 船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
(治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

申請内容	⑧ 受診者	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	⑨ 傷病名		発病 または 負傷年月日	昭和 平成	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 <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				