

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
に対して自費で受診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

立

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)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	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		年	月	日		
⑤ 住所	郵便番号			—			電話番号 (日中の連絡先) ()	
		都	道				府 県	

⑥振込希望口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信漁連 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 代理店 <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	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
		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



職務上

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
(立替払等)

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	<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	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	まで	日数 <input type="text"/> 日間
		上記の期間に入院していた場合は、その期間				
		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	まで	日数 <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。 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 style="text-align: center;">[理由]</p>				