

被保険者(申請者)記入用

船員保険 傷病手当金支給申請書(第 回)

職務上

被保険者(申請者)欄	① 記号・番号 (左づめ)															
	② 被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)															
	③ 生年月日	昭和・平成	年	月	日											
	④ 住所	郵便番号	一				電話番号 (日中の連絡先)	()								
申請内容	⑤ 傷病名	1)					⑥ 初診日	1)								
		2)						2)								
		3)						3)								
	⑦	該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。					発病時の状況									
	⑧	療養のため休んだ期間(申請期間)					令和	年	月	日	から	日数	日間			
	⑨	あなたの仕事内容を具体的にお書きください。 (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)					令和	年	月	日	まで					
	⑩	上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 (※1)「はい」と答えた場合は、その期間と報酬額をご記入ください。					□はい	(※1)	令和	年	月	日	から	報酬額		
	⑪	「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。 (※2)「はい」と答えた場合は、傷病名および基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。)					□はい	□請求中	□障害年金	(※2)	支給開始年月日	年金額				
	⑫	<退職後の期間を申請される場合はご記入ください。>老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 (※3)「はい」と答えた場合は、基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみご記入ください。)					□はい	□請求中	□支給開始年月日	年金額						
	⑬	労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。 (※4)「はい」または「請求中」と答えた場合は、支給元(請求先)の労働基準監督署名をご記入ください。					□はい	□請求中	□支給元(請求先)の労働基準監督署名	労働基準監督署						
	⑭	介護保険法のサービスを受けたとき					保険者番号		被保険者番号	保険者名称						

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄									

「被保険者(申請者)記入用」は2ページに振込希望口座の記入欄があります。からご記入ください。

1/4

被保険者(申請者)記入用

ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、
漢数字三文字の支店名をご記入ください。

⑯ 振 込 希 望 口 座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 信連・信漁連 農協・漁協		本店 支店 出張所 本所 支所														
	預金種別	普通 · 当座		口座 名義	△カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1字としてご記入ください。)													
	口座番号																	

⑯ 受 取 代 理 人 の 欄	②の申請者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。																	
	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 住所 「被保険者欄④」の住所と同じ																
	代理人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ)		委任者と 代理人 との関係													
住所	(〒 一)		電話番号 (日中の連絡先)	()														

⑰ 負 傷 原 因 記 入 欄	ケガ(負傷)がもとで給付を申請される場合のみご記入ください。(初回申請時のみご記入ください。) 該当する□にチェック(□)をお願いします。													
	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者ご本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者の方(ご家族) (氏名)												
	負傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員、パート、アルバイト、派遣 <input type="checkbox"/> 法人の役員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()											労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 特別加入している <input type="checkbox"/> 特別加入していない	
	傷病名													
	負傷日時	平成 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 · <input type="checkbox"/> 午後 時頃												
	負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 · <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他()												
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()												
	負傷原因で右記にあてはまるものがありますか。	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 · <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない												
	上記にあてはまる原因がある場合のみ、相手の有無等についてご記入ください。	相手: <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無											※相手がいる負傷の場合は、別途「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。	
	負傷した時の状況を具体的にご記入ください。													

「船舶所有者記入用」は3ページに続きます。

船舶所有者記入用

職務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
※退職後（資格喪失日以降）の期間を申請する場合は、船舶所有者の証明（当ページ）の提出は不要です。

船舶所有者が証明するところ	被保険者氏名		勤務状況（【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。）										出 勤	有 給																						
	令和	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	令和	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	令和	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	職務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました（します）か？																				給与の種類 (○で囲んでください)		賃金計算													
	<input type="checkbox"/> はい · <input type="checkbox"/> いいえ																						締 日													
	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 日給月給	日																																
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄にご記入ください。																				<input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> 歩合給	<input type="checkbox"/> その他	支払日	当月	翌月										
	支給した（する）賃金内訳	期間 区分	単価	月 日	月 日	月 日	● 賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																													
				～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分																														
支給額		支給額	支給額																																	
基本給																																				
住居手当																																				
手当																																				
手当																																				
手当																																				
その他																																				
合計																																				
職務に服しなかった期間			令和 年 月 日 から	日間																																
			令和 年 月 日 まで																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。													令和 年 月 日	担当者氏名																						
船舶所有者の住所													電話番号 ()																							
船舶所有者の氏名													電話番号 ()																							

療 養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名				療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1) 平成 令和 年 月 日			
	傷病名	(1)				(2) 平成 令和 年 月 日			
		(2)				(3) 平成 令和 年 月 日			
	発病または 負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	発病 負傷	発病または 負傷の原因					
	職務不能と 認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間						
	うち入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	療養費用の別	船保	自費	公費()	その他	
			入院 転 帰		治癒	繰越	中止	転医	
	診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。 日	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
上記の期間中における「主たる症状および経過」 「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)						手術年月日 平成 令和 年 月 日			
						退院年月日 平成 令和 年 月 日			
症状経過からみて従来の職種について職務不能と認められた医学的所見									
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日			昭和・平成・令和 年 月 日					
	人工臓器等 の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 ハ. その他()							
上記のとおり相違ありません。 医療機関所在地 令和 年 月 日									
医療機関の名称									
医師の氏名 電話 ()									