

平成21年12月31日までに発生した職務上の事由または、通勤による疾病により亡くなられた場合にご使用ください。

1 2 ページ



全国健康保険協会 船員保険部

船員保険

職務上

船員保険 被保険者 葬祭料 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 被保険者番号 (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 申請者の氏名 | (フリガナ) | | | | | | | | | | |
| | ④ 被保険者の生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | | | 年 | | 月 | | 日 | | | |
| ⑤ 申請者の住所 | 郵便番号 | | | | 一 | | | | | 電話番号 (日中の連絡先) | () | |

| | | | |
|---------|--------|---|--|
| 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 | | 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 | 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 葬祭料 支給申請書

被保険者(申請者)・船舶所有者

| | | | | | | |
|---------------|----------------------|--|-------------------|-------------------------------------|----------------|---|
| 被保険者が亡くなられたとき | ⑧ 被保険者の氏名 | | 被保険者からみた申請者との身分関係 | | | |
| | 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〕 〔いいえ〕 | | ※「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 葬祭した年月日 | 令和 年 月 日 | 葬祭に要した費用の額 | | | |
| | ⑫ 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 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | |
| | ⑬ 最後に使用されていた船舶所有者の住所 | | | | | |
| | ⑭ | 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〕 〔いいえ〕 | |
| | | 「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 | |
| | | | | | 記号・番号 | |
| | ⑮ | 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 | () | | |