

# 船員保険職務上事故証明書

事故の種類	1. 疾病 2. 負傷 3. 行方不明 4. 死亡							
本人	被保険者記号番号				職務の種類			
	氏名			生年月日	明治 大正	昭和 平成	年 月 日	
	被保険者資格取得日			雇入年月日	昭和 平成	年 月 日		
乗組船舶	船舶名			船舶の用途	1. 漁船 3. 貨物船 5. タンカー 7. その他 2. 旅客船 4. 貨物船 6. ひき船 ( )		総トン数	
事故発生の日時 及び場所	日 時	平成	年 月 日	午前 午後	時	分頃		
負傷の部位								
事故の原因及び 発生状況並びに 経過の詳細 (発生場所を 図示すること)								
	上記のとおり事故があったことを現認しました。 平成 年 月 日 職務の種類 氏名 印 (注) 押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。							
事故発生により とった処置								
乗船中発生した事故の場合は、入港・帰港の日時	平成	年 月 日	午前 午後	時	分	港名		
災害予防措置の状況								

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

船舶所有者

住所又は所在地

氏名又は名称

印