

船員保険 被保険者 療養費支給申請書

被保険者
家族

(立替払等、治療用装具、生血)

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	① 被 保 険 者 証 の 号 (記 号 お よ び 番 号)												
	② 被 保 険 者 の 氏 名 ・ 印 (申 請 者)	(フリガナ)										印	自署の場合は押印を省略できます。
	③ 生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日								
	④ 住 所	郵便番号		—			電話番号 (日中の連絡先)	()	()				
		都道 府県											

申 請 内 容	⑤ 家族(被扶養者)に関する時は、 その方の氏名・生年月日	家族(被扶養者)氏名					生年月日						
	⑥ 傷 病 名						⑦ 発病または 負傷年月日	平成・令和	年	月	日		
	⑧ 発病の原因および経過 (該当するものに印を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 病気(疾病) → (発病の原因および経過) <input type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 負傷原因記入欄をご記載ください											
	⑨ 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					
	⑩ 診療を受けた期間	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	日数	日間
		↓上記の期間に入院していた場合は、その期間を合わせてご記入ください。											
	⑪ 診療に要した費用の額	円					海外で診療を受けた場合は、国名と通貨単位をご記入ください。 (国名:) (通貨単位:)						
	⑫ 診療の内容												
	⑬ 療養費の支給申請の理由 (該当するものに印を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <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 <input type="checkbox"/> その他 (理由)											

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。かならずご記入ください。

1/2

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。

⑭ 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	1：普通 2：当座 3：その他	口座番号	口座名義	マカタカナ（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						

⑮ 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。（この欄の押印は省略できません。）

⑮ 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)	住所	「被保険者欄④」の住所と同じ
	住所	(〒 -)	電話番号 (日中の連絡先)	()	委任者と代理人との関係

⑯ ケガ（負傷）がももて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。）該当する口にチェック（☑）をお願いします。

⑯ 負傷	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
⑯ 原因	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（）		
⑯ 記入欄	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はありますか。	<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"/> 無 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※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記入ください。			