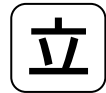




船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等)



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	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)											
	③	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日								
	④	住所	郵便番号		-		電話番号 (日中の連絡先)	()						

⑤ 振込希望口座	金融機関名称	銀行 信金 労金 信漁連 農協 漁協 その他 ()	本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所)	ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。
	預金種別	普通 当座 その他 ()	カタカナでご記入ください。	
	口座番号	口座名義		

②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。

⑥ 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④」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) ()

被保険者の記号番号を記入した場合は
記入不要です。記入した場合は必ず
本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

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

R6.12

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (立替払等)

被保険者(申請者)記入用

申請内容	⑦	受診者 ※被保険者の場合、 ⑦の記入は不要です。	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	⑧	傷病名		発病 または 負傷年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	⑨	発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気(疾病) → [発病時の状況] <input type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。				
	⑩	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	
	⑪	診療を受けた期間	令和 [] 年 [] 月 [] 日 から 令和 [] 年 [] 月 [] 日 まで [] 日数 日間 <small>上記の期間に入院していた場合は、その期間</small> 令和 [] 年 [] 月 [] 日 から 令和 [] 年 [] 月 [] 日 まで [] 日数 日間				
			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:)				
	⑫	診療に要した費用の額					
	⑬	診療の内容					
	⑭	療養費の支給申請の理由	<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 <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 <input type="checkbox"/> 入院時の食事の差額を申請するため <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]				