



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (治療用装具)

装

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)]
	預金種別	[普通] [当座] [その他] ()	ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。 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 (治療用装具)

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	装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	令和	年	月	日	
	⑫	装具等の購入日 (領収日)	令和	年	月	日	
	⑬	装具等の装着確認日 (証明日)	令和	年	月	日	
	⑭	装具等の購入金額	円				
	⑮	診療の内容	治療用装具の装着				
	⑯	療養費の支給申請の理由	治療用装具を作製したため				