船員保険被保険者資格喪失後の継続療養受給届

(1) 被保険者であった者の押印については、署名（自筆）の場合は必要ありません。

(2) 日雇特例被保険者又はその者の被扶養者は、健康保険被保険者手帳を添付してください。

届出者が記入するところ	① 記号・番号		② 船舶所有者の住所及び名称	
	③ 被保険者資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	④ 被保険者資格喪失年月日	平成 令和　年　月　日
	⑤ 雇入契約終了年月日	平成 令和　年　月　日	⑥ 下船した場所	

診療担当者が記入するところ	⑦ 傷病名			
	⑧ 負傷の原因			
	⑨ 職務上外又は通勤の別			
	⑩ 発病年月日			
	⑪ 療養の給付開始年月日			
	⑫ 症状所見			
	⑬ 今後の療養見込期間			
	⑭ 担当医療機関の**所在地・名称・担当医師の氏名**			

上記のとおり被保険者資格喪失後も引き続き療養の給付を受けたいので、お届けします。

※ （受付印）

令和　　年　　月　　日

被保険者であった者の

郵便番号（〒　　）

住所

電話番号　（　　）－（　　）－（　　）

氏　名

生年月日　　年　　月　　日

全国健康保険協会船員保険部長　殿

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