



被保険者 被扶養者 世帯合算  
船員保険 高額療養費 支給申請書

高

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

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)	( )	都 道 府 県							

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	
	代理人(口座名義人)	氏名	住所 「被保険者欄④」の住所と同じ
		住所	氏名 (フリガナ) 被保険者との関係 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



被保険者 被扶養者 世帯合算  
船員保険 高額療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

申請内容	⑦	診療月	令和		年		月	左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)にご記入ください。 ※申請書は月ごとに1件(2ページ)ずつご記入ください。															
	⑧	療養を受けた方の	氏名																				
			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日								
	⑨	療養を受けた医療機関・薬局の	名称																				
			所在地																				
	⑩	病気・ケガの別 ※ケガの場合は別紙「負傷原因届」を添付してください。	〔病気〕	〔ケガ〕	〔病気〕	〔ケガ〕	〔病気〕	〔ケガ〕	〔病気〕	〔ケガ〕	〔病気〕	〔ケガ〕											
	⑪	療養を受けた期間 (別の診療月の期間の記入はできません)	令和		年		月		日から	令和		年		月		日から	令和		年		月		日まで
	⑫	入院・通院の別	〔入院〕	〔通院・その他〕	〔入院〕	〔通院・その他〕	〔入院〕	〔通院・その他〕	〔入院〕	〔通院・その他〕	〔入院〕	〔通院・その他〕											
	⑬	⑪の期間に支払った額のうち、 保険診療分の金額 (自己負担額)		円		円		円															
		上記の自己負担額が不明の 場合は支払った総額		円		円		円															
	⑭	他の公的制度から、医療費の 助成を受けているかどうか	〔受けていない〕 〔受けた〕 (制度名 )	〔受けていない〕 〔受けた〕 (制度名 )	〔受けていない〕 〔受けた〕 (制度名 )																		

⑦の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3回以上ある場合は、最近3回分の診療月をご記入ください。

⑮

診療月	1	令和	年	月	2	令和	年	月	3	令和	年	月
-----	---	----	---	---	---	----	---	---	---	----	---	---

被保険者本人が市区町村民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。  
(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)  
他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

⑯ 市区町村長証明欄

当該被保険者は令和( )年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名 印