



船員保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

傷

被保険者(申請者)記入用

受付から支給決定まで、2週間程度かかります。

被保険者(申請者)欄	①	記号・番号												
	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	
		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 傷病手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

受付から支給決定まで、2週間程度かかります。

⑦	傷病名	1		初診日	1											
		2			2											
		3			3											
申請内容	⑧ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。		<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。													
	⑨ 療養のため休んだ期間(申請期間)		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日数 日間 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで													
	⑩ あなたの仕事内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)															
確認事項	⑪ 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 (※1)「はい」の場合は、その期間と報酬額をご記入ください。		<input type="checkbox"/> はい (※1) → 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から 報酬額 <input type="text"/> 円 <input type="checkbox"/> いいえ 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで													
	⑫ 「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。 (※2)「はい」の場合は、傷病名と基礎年金番号等をご記入ください。(「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 障害年金 (※2) <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ													
	⑬ (退職後の期間を申請される場合はご記入ください。) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 (※3)「はい」の場合は、基礎年金番号等をご記入ください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみご記入ください。)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">傷病名</th> <th style="width: 50%;"></th> </tr> <tr> <td>基礎年金番号(10けた)</td> <td>年金コード(4けた)</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>支給開始年月日</td> <td>年金額</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		傷病名		基礎年金番号(10けた)	年金コード(4けた)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	支給開始年月日	年金額	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	傷病名															
	基礎年金番号(10けた)	年金コード(4けた)														
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
支給開始年月日	年金額															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
⑭ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。 (※4)「はい」または「請求中」の場合は、支給元(請求先)の労働基準監督署名をご記入ください。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">支給元(請求先)の労働基準監督署</th> <th style="width: 50%;"></th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		支給元(請求先)の労働基準監督署		<input type="text"/>	<input type="text"/>							
支給元(請求先)の労働基準監督署																
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
⑮ 介護保険法のサービスを受けたとき		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 25%;">保険者番号</th> <th style="width: 25%;">被保険者番号</th> <th style="width: 25%;">保険者名称</th> <th style="width: 25%;"></th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>				保険者番号	被保険者番号	保険者名称		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>													



船員保険 傷病手当金 支給申請書

船舶所有者記入用

受付から支給決定まで、2週間程度かかります。

職務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
※退職後(資格喪失日以降)の期間を申請する場合は、船舶所有者の証明(当ページ)の提出は不要です。

被保険者氏名												
勤務状況(【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。)											出勤	有給
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計		日		日						
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計		日		日						
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計		日		日						
職務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		給与の種類 (○で囲んでください。)			賃金計算							
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		月給	日給	日給月給	締日							
		時間給	歩合給	その他	支払日	当月 翌月						
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄にご記入ください。												
船舶所有者が証明するところ	支給した(する)賃金内訳	単価	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。						
			月 日分	月 日分	月 日分							
		支給額	支給額	支給額								
	基本給											
	手当											
	手当											
	手当											
	その他											
合計												
職務に服しなかった期間		令和 年 月 日から	日間									
		令和 年 月 日まで										
●上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日	担当者氏名									
船舶所有者の住所												
船舶所有者の氏名												
電話番号 ()												



船員保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																													
	傷病名	1		療養の給付開始年月日(初診日)	1	平成 令和	年	月	日																					
		2			2	平成 令和	年	月	日																					
		3			3	平成 令和	年	月	日																					
	発病または負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	発病 負傷																								
	職務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	発病または負傷の原因																								
		令和	年	月	日まで		日間																							
	うち入院期間	令和	年	月	日から	療養費用の別	船保) (自費) (公費) () (その他)																							
		令和	年	月	日まで		転帰 () () () () ()																							
	診療実日数	日	診療日を○で囲んでください。	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																									
月				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																										
月				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																										
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)						手術年月日	令和	年	月	日																				
						退院年月日	令和	年	月	日																				
症状経過からみて従来の職種について職務不能と認められた医学的所見																														
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日				(昭和) (平成) (令和) 年 月 日																									
	人工臓器等の種類				人工肛門) 人工関節) 人工骨頭) 心臓ペースメーカー) 人工透析) その他 ()																									
●上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																														
医療機関の所在地																														
医療機関の名称																														
医師の氏名 電話番号 ()																														