

| 船員保険療養補償証明書(下船後の療養補償) | | | | | |
|-------------------------|-----------------|----------------|-------|----------|-------------------------|
| 本 人 | 記号・番号 | (枝番) | | 職務の種類 | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | 明・大・昭 平・令 年 月 日 |
| | 被保険者資格取得 年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 雇入年月日 | 昭 和 平 成 令 和 年 月 日 |
| 乗組船舶 | 船舶名 | | | 総トン数 | |
| 傷病・事故発 生の日時及 び場所 | 日時 | 令和 | 年 月 日 | 午前 午後 | 時 分頃 |
| | 場所 | | | | |
| 傷 病 | 1 疾 病 | 部 位 及 び | | | |
| | 2 負 傷 | 症 状 | | | |
| 船員法第二項該当 第八十九条 | 下船の場所 及び年月日 | 下船港 | | | |
| | | 下船年月日 | 令和 | 年 月 日 | 下船後三月 満了年月日 |
| 負傷原因記入欄(負傷の場合は記入してください) | | | | | |

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

| | | |
|-------|-----------|-------------------|
| | 船 舶 所 有 者 | 住所又は所在地 氏名又は名称 |
| 船 | 長 | 住所又は所在地 氏名又は名称 |
| 保 險 者 | 又 是 | 所 在 地 名 称 |

備考 この用紙は、A列4番とすること。