

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
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	令和 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
又 是	者	所 在 地 名 称
保 險	者	所 在 地 名 称

備考 この用紙は、A列4番とすること。