

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				
	2 負傷	及び 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

又は

保 險 者

所 在 地
名 称