

船員組合員療養補償証明書

本人	記号		番号	(枝番)	
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年月日
	資格取得年月日	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	2 負傷	部 位		
船員法第八十九条第二項該当	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

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

支部長

名 称

住 所

船 長

氏 名

備考 様式の大きさは、日本産業規格A4とする。