

この用紙は、受診券を紛失した場合や、新たに扶養家族となった場合に、発行を申請するためのものです。
特定健康診査受診券(セット券)をお持ちの場合は、提出の必要はありません。

2024年度 特定健康診査受診券(セット券)申請書

※この申請書は、船員保険の被扶養者(ご家族)様用です。
当年度で40歳～74歳になる方が対象となります。

下記のとおり、特定健康診査受診券(セット券)の発券を申請します。

申請日	西暦	年	月	日		
保険者番号	02130011(全国健康保険協会 船員保険部)					
被保険者証記号				被保険者証番号		
フリガナ						
被扶養者氏名						
被扶養者 生年月日	昭和	年	月	日	被扶養者 性別	男・女
被保険者氏名						
船舶所有者氏名						
受診券お届け先	〒					
	住所					
	宛名	様				
	電話番号					
ご連絡先 (受診券お届け先と同一 の場合は記入不要)	お名前	様				
	電話番号					

申請書提出先

船員保険情報センター(電話番号:03-6722-0448)

郵送で申請:〒105-0023 東京都港区芝浦1丁目11-4

FAXで申請:050-3156-0501 または 03-6722-0449

特定健康診査受診券(セット券)申請方法

特定健康診査受診券(セット券)申請書に必要事項をご記入のうえ、FAXもしくは郵送にて申請してください。

※ 申請書は、受診券(セット券)を紛失した場合や、新たに扶養家族となった場合に、受診券(セット券)の発行を申請するためのものです。受診券(セット券)をお持ちの場合は、提出の必要はありません。

〈記入例〉

①申請書を記入した日を書いてください。

① 申請日	西暦 20XX 年 10 月 1 日
-------	--------------------

②被保険者証の記号10桁を記入してください。

保険者番号	02130011(全国健康保険協会 船員保険部)									
-------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

③被保険者証の番号を記入してください。

② 被保険者証記号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	③ 被保険者証番号	111
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	-----

④氏名のフリガナを記入してください。

④ フリガナ	センボ ハナコ											
--------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑤氏名を記入してください。

⑤ 被扶養者氏名	船保 花子											
----------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑥生年月日を記入してください。

⑥ 被扶養者生年月日	昭和 50 年 3 月 3 日	⑦ 被扶養者性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
------------	-----------------	----------	---------------------------------------

⑦性別を○で囲んでください。

⑧ 被保険者氏名	船保 太郎											
----------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑧被保険者氏名を記入してください。

⑨ 船舶所有者氏名	〇〇 株式会社											
-----------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑨船舶所有者名を記入してください。

※疾病任意継続の方は記入不要です。

⑩	〒 ●●●-●●●●											
---	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑩受診券お届け先を記入してください。

※建物名も省略せずにご記入ください。

住所	東京都〇〇区〇〇〇1-2-3 〇〇マンション201											
----	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診券お届け先	宛名 船保 花子 様										
---------	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号	●●-●●●●-●●●●											
------	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑪受診券お届け先とお問い合わせ先が異なる場合は、ご記入ください。

⑪ ご連絡先(受診券お届け先と同一の場合は記入不要)	お名前 様										
----------------------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号												
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〈被保険者証(見本)〉

船員保険 被保険者証	家族(被扶養者)	令和X年XX月XX日 交付	
記号 ②	1234567890	番号 ③	111 (枝番) 01
④	センボ ハナコ		
氏名 ⑤	船保 花子	⑦	性別 <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日 ⑥	昭和50年3月3日		
認定年月日	令和X年XX月XX日		
被保険者氏名 ⑧	船保 太郎		
船舶所有者氏名 ⑨	〇〇 株式会社		
保険者番号	0 2 1 3 0 0 1 1		
保険者名称	全国健康保険協会 船員保険部		
保険者所在地	千代田区富士見 2-7-2		

申請書提出先

船員保険情報センター(電話番号:03-6722-0448)

郵送で申請: 〒105-0023 東京都港区芝浦1丁目11-4

FAXで申請: 050-3156-0501 または 03-6722-0449