

# 2024年度 船員保険生活習慣病予防健診 受診券申請書

下記のとおり、生活習慣病予防健診受診券の発券を申請します。

※当年度で35歳～74歳になる方が対象となります。

申請日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

船舶所有者 情報	船舶所有者名
	※現在船舶所有者に所属されていない方 <input type="checkbox"/> 疾病任意継続 <input type="checkbox"/> 国民健康保険
	ご担当者名(船舶所有者様が申請する場合はご記入ください。) <span style="float: right;">様</span>
	電話番号

保険者番号	02130011(全国健康保険協会 船員保険部)
被保険者証 の記号(10桁)	

船員保険情報 センター使用欄	被保険者証 の番号	フリガナ	生年月日	性別
		氏名		
/			昭和 ・ 平成 年 月 日	男・女
/			昭和 ・ 平成 年 月 日	男・女
/			昭和 ・ 平成 年 月 日	男・女
/			昭和 ・ 平成 年 月 日	男・女
/			昭和 ・ 平成 年 月 日	男・女

受診券 お届け先	〒
	住所
	宛名 <span style="float: right;">様</span>
	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

# 船員保険生活習慣病予防健診 受診券申請方法

受診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、受診券を紛失した場合や、新たに船員保険に加入された場合に、受診券の発行を申請するためのものです。受診券をお持ちの場合は、提出の必要はありません。

また、被保険者証の記号と受診券に印字された記号が異なっている場合でも、船員保険もしくは国民健康保険に加入されていれば、そのまま受診券をご利用いただけます。

①申請書を記入した日を記入してください。

②船舶所有者名を記入してください。  
※現在船舶所有者に所属されていない方は、該当する項目にチェックをつけてください。

③被保険者証の記号10桁を記入してください。  
※現在、国民健康保険に加入の方は記入不要です。

④被保険者証の番号を記入してください。  
※現在、国民健康保険に加入の方は記入不要です。

⑤カナ氏名を記入してください。

⑥漢字氏名を記入してください。

⑦生年月日を記入してください。

⑧当てはまる性別を○で囲んでください。

⑨受診券のお届け先を記入してください。  
※建物名も省略せずに記入してください。

●受診券のお届け先が同一の場合、1枚の申請書で5名様分まで申請いただけます。

## 〈記入例〉

① 申請日 西暦 20XX 年 10 月 1 日

② 船舶所有者名 ○○ 株式会社  
船舶所有者情報 ※現在船舶所有者に所属されていない方  疾病任意継続  国民健康保険  
ご担当者名 (船舶所有者様が申請する場合はご記入ください。) 様  
電話番号 ●●-●●●●-●●●●

③ 被保険者証の記号(10桁)  
0 2 1 3 0 0 1 1 (全国健康保険協会 船員保険部)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

船員保険情報センター使用時(4)の番号	被保険者証(5)の番号	フリガナ(6)氏名	(7)生年月日	(8)性別
111	センボ タロウ 船保 太郎	昭和・平成 50 年 5 月 5 日	男・女	男
/		昭和・平成	年 月 日	男・女
/		昭和・平成	年 月 日	男・女
/		昭和・平成	年 月 日	男・女
/		昭和・平成	年 月 日	男・女

⑨ 受診券お届け先  
〒 ●●●-●●●●  
住所 東京都○○区○○○ 1-2-3 ○○マンション201  
宛名 船保 太郎 様  
電話番号 ●●-●●●●-●●●●

## 〈被保険者証(見本)〉

船員保険 被保険者証 本人(被保険者) 令和X年XX月XX日 交付

記号 ③ 1234567890 番号 ④ 111 (枝番) 00

⑤ センボ 知  
氏名 ⑥ 船保 太郎 ⑧ 性別 男

生年月日 ⑦ 昭和50年5月5日  
資格取得年月日 令和X年XX月XX日

船舶所有者氏名 ② ○○ 株式会社

保険者番号 02130011  
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