

(様式第1号)

【船員保険】 整形外科療養承認申請書

船員保険被保険者証 記号番号		申請者氏名 生年月日	T. S. H	年	月	日	男 女
事業主住所 氏名	(現在被保険者として勤務中の者に限り記入してください。)						
傷病名		負傷(発病) 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	業務上又は 業務外の別
受けたい整形外科療 養の概略						入院又は外 来診療の別	
支給を受けたい 病院名							
上記の診療の承認を受けたいので診査票を添えて申請いたします。							
平成 年 月 日							
申請者住所							
申請者氏名							
電話番号 () -							
⑩							
障害年金・障 害手当金の別	※	基礎年金番号 及び年金コード	※	受給権取得 年 月	※	昭和 平成	年 月

1. ※印は記入しないでください。
2. この申請書と船員保険年金証書の写しまたは船員保険障害手当金決定通知書の写しを併せて提出してください。
3. 義肢、装具、補助器、補助車、補聴器の再新調を受けたいときは「受けたい整形外科療養の概略」欄に、「〇〇の再新調」と記入してください。
4. 義肢作成において、常用と作業用の2具を必要とする場合は、「受けたい整形外科療養の概略」欄に、「常用と作業用の2具支給」と記入してください。

(様式第1号) その2

診査票記入年月日 平成 年 月 日						医師住所 氏 名		⑩			
診 査 票											
事業所所在地及び 名 称		所 在 地			名 称						
		*									
患者の住所氏名		住 所			氏 名						
今回の申請における診査日 (診療開始年月日)		平成 年 月 日									
(1) 既応症で特に参考 となるような疾病					(2) 負傷時の疾病名				業務上又は 業務外の別		
(3) 現 傷 病 名					(4) 負傷又は 発病年月日		昭和 平成		年	月	日
(5) 負傷より現症までの治 療法及び経過											
(6) 現症 (局所所見) 及び 装具等の必要理由											
(7) その他参考となる事項 (合併症創面発孔等有無)											

(注) *印欄は被保険者として勤務中の者に限り記入してください。