

(様式第7号)

【船員保険】

眼鏡支給申請書

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
負傷(発病)年月日	昭和 平成 年 月 日	職務上又は 職務外の別		
傷病名		障害の状況		
基礎年金番号及び 年金コード		廃疾の程度	第 級 号	
支給権取得 年 月	昭和 平成 年 月	眼鏡の種類 基本構造	矯正・コンタクト・弱視	
購入先・住所		購入価格 (領収書)	金 円也 ※(注)2 参照	
上記のとおり眼鏡の支給を受けたいので申請いたします。				
平成 年 月 日				
申請者住所				
申請者氏名 印				
電話番号 () -				
一般財団法人 船員保険会会長 殿				

(注) 1. 本支給申請書には領収書及び整形外科療養承認書(様式第2号)を添付してください。

2. 眼鏡の費用は、厚生労働省が告示で定める「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」の価格の範囲内において支給されます。