様式第三号（第四十三条関係）

船員保険療養補償証明書（下船後の療養補償）

本人	被保険者証記号番号			職務の種類	
	氏名			生年月日	明・大・昭 平・令　年　月　日
	被保険者資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日		雇入年月日	昭和 平成 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	部位及び症状			
船員法第八九条第二項該当	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
負傷原因記入欄（負傷の場合は記入してください）					

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

船舶所有者　住所又は所在地
氏名又は名称　㊞

［船長　住所又は所在地
氏名又は名称　㊞

又は

保険者　所在地
名称　㊞］

（注）　船舶所有者又は船長の押印については、署名（自筆）の場合は必要ありません。

備考　この用紙は、A列4番とすること。

（船員保険法施行規則の一部改正）

第二条　船員保険法施行規則（昭和十五年厚生省令第五号）の一部を次のように改正する。

様式第一号(1)（表面）、様式第一号(2)（表面）及び様式第二号（表面）中「平成」を「令和」に改める。

様式第三号を次のように改める。