様式第三号（第四十三条関係）

様式第三号を次のように改める。

船員保険療養補償証明書（下船後の療養補償）

本人	記号・番号	（枝番）		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　年　月　日 令和		雇入年月日	昭和 平成　年　月　日 令和
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			
船員法第八十九条第二項該当	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］

備考　この用紙は、A列4番とすること。