様式第二号（第四十一条関係）

（表　面）

船員保険高齢者受給者証

令和　年　月　日交付

被保険者	記号	（船）	番号	（枝番）
	氏名			
	生年月日	年　月　日		
対象者	氏名			
	生年月日	年　月　日		
	住所			
発行年月日		令和　年　月　日		
有効期限		令和　年　月　日		
一部負担金の割合				
保険者	保険者番号名称及び印			

（裏　面）

注意事項

1. 船舶所有者からこの証の交付を受けたときは、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保管してください。
2. 保険医療機関等から診療を受けようとするときには、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を資格確認書に添えて渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、日本国内に住所を有する者が75歳に達したとき、65歳以上75歳未満の者が後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けたとき、被扶養者でなくなったとき、又は有効期限に達したときは、直ちにこの証を船舶所有者に返してください。
4. 不正にこの証を使用したときは、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
5. この証の記載事項に変更があった場合には、資格確認書にこの証を添えて、すぐに船舶所有者を経由して保険者に差し出して訂正を受けてください。

備考

1. この証の大きさは、縦127ミリメートル、横91ミリメートルとする。
2. この証は、対象者ごとにこれを作成すること。
3. 対象者が被保険者であるときは、表面の「対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
4. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第五号（第八十八条関係）

（表　面）

船員保険特定疾病療養受療証

令和　年　月　日交付

認定疾病名			
受診者	氏名及び生年月日	昭平令　年　月　日	
	住所		
被保険者	氏名及び生年月日	昭平令　年　月　日	
	記号		
	番号	（枝番）	
自己負担限度額			
発効期日		令和　年　月　日から有効	
保険者名及び印			