

(給付様式第4-2号)

船員組合員療養補償証明書

本人	組合員等 記号・番号							
	氏名		生年月日	年	月	日		
	組合員資格 取得年月日	年 月 日						
乗船船舶	船舶名			総トン数	t			
傷病・事故 発生の日時 及び場所	日時	年	月	日	午前 午後	時	分頃	
	場所							
	1 疾病	2 負傷	部位					
船員法第89条 第2項該当	下船の場所 及び年月日	下船港						
		下船年月日	年	月	日	下船後 3月満了 年月日	年	月
上記のとおり相違ないことを証明します。								
年 月 日								
船舶所有者		所在地						
		名称					印	
船長		住所						
		氏名					印	