船員保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書

（被保険者の市区町村民税が非課税などの低所得者用）

（市区町村民税が課税されている場合は、こちらの申請書ではなく「船員保険限度額適用認定申請書」をご提出ください。）

被保険者欄	①	被保険者証の記号および番号	左づめ	―	左づめ
	②	被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	㊞	自署の場合は押印を省略できます。
	③	被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成　年　月　日		
	④	被保険者の住所	郵便番号　― 都道府県	電話番号（日中の連絡先）　（　）	
	⑤	④の住所とは別の住所に送付を希望される場合にご記入ください。	住所：郵便番号　― 都道府県	電話番号（日中の連絡先）　（　）	
			宛名		

療養を受ける方について、⑥の該当する□をチェック（☑）いただき、以下必要な項目をご記入ください。

認定対象者欄	⑥	被保険者・被扶養者の別	□ 被保険者ご本人 ⟶ 下記⑨および⑩欄をご記入ください。 □ 被扶養者の方（ご家族） ⟶ 下記⑦～⑩欄をご記入ください。	
	⑦	療養を受ける方の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
	⑧	療養を受ける方の生年月日	昭和 ・ 平成　年　月　日	
	⑨	療養予定期間（認定証を必要とされる期間）	平成　年　月　～　平成　年　月 申請月から初めて到来する７月までの範囲でご記入ください。	
	⑩	療養を受ける方は、長期入院されましたか？ ※ 長期入院とは、申請を行った月以前１年間にすでに９０日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。	□ はい　□ いいえ 「はい」と答えた場合、２ページ目の「⑭長期入院欄」をご記入ください。	

「申請者代行者欄」は、「被保険者または療養を受ける方」以外の方が申請される場合にご記入ください。

申請代行者欄	⑪	申請代行者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	㊞	被保険者との関係
	⑫	申請代行者の住所	郵便番号　― 都道府県	電話番号（日中の連絡先）　（　）	
	⑬	申請代行の理由	1　被保険者ご本人が入院中で外出できないため。 2　その他（　）		

（※） 限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、不備等により申請書をお返しする場合の送付先は、④欄の被保険者住所または⑤欄の送付を希望される住所となります。⑫欄の申請代行者の住所にはお送りできませんので、十分ご注意ください。

以下は記入しないでください。　　受付日付印

協会使用欄					
発効年月日	平成　年　月　日	有効期限	平成　年　月　日		
標準報酬月額	千　円	適用区分	才　Ⅰ　Ⅱ		

全国健康保険協会　27.9

⑭長期入院欄				
申請を行った月以前１年間の入院日数合計		日間		
1	申請を行った月以前１年間の入院期間（日数）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
2	申請を行った月以前１年間の入院期間（日数）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
3	申請を行った月以前１年間の入院期間（日数）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
4	申請を行った月以前１年間の入院期間（日数）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
5	申請を行った月以前１年間の入院期間（日数）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		

（※）　入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書など）を添付いただくようお願いします。

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下記の欄に市区町村長より証明をお受けになるか、
「非課税証明書」の交付を受け原本を添付いただくようお願いします。

⑮市区町村長証明欄	
	当該被保険者（氏名　　）は平成（　　）年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名　　㊞

（※）　⑨欄の療養予定期間が４月から７月の場合は、前年度の課税に関する証明を、８月から翌年３月の場合は、
当年度の課税に関する証明をお受けになってください。

上記のとおり船員保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
	㊞