



## 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)

減

### 被保険者(申請者)記入用

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(申請者)欄	①	記号・番号 (左づめ)	<div></div>															
	②	個人番号 (マイナンバー)	<div></div> 記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)															
	③	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) -----															
	④	生年月日	<div>昭和</div> <div>平成</div> <div>令和</div>	<div></div>	年	<div></div>	月	<div></div>	日									
	⑤	住 所	郵便番号	<div></div>	<div></div>	—	<div></div>	<div></div>	<div></div>	電話番号 (日中の連絡先)	( )							
			<div>都 道</div> <div>府 県</div>															
⑥	送 付 先 住所	郵便番号	<div></div>	<div></div>	—	<div></div>	<div></div>	<div></div>	電話番号 (日中の連絡先)	( )								
		<div>都 道</div> <div>府 県</div>																
		宛名																

認定対象者欄	⑦	療養を受ける方 ※被保険者の場合は 記入不要です。	氏名					生年月日	<div>昭和</div> <div>平成</div> <div>令和</div>	年	月	日
	⑧	療養予定期間 (交付を必要とする期間)	令和 年 月 ~ 令和 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。									
	⑨	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です。	<div><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</div> <div>「はい」と答えた場合、2ページ目の「①長期入院期間」をご記入ください。</div>									

「申請代行者欄」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。

⑩ 申請代行者欄	申請代行者の氏名	(フリガナ) -----								被保険者との関係		
	住 所	(郵便番号 <div></div> — <div></div> ) 電話番号 (日中の連絡先) ( )										
	申請代行の理由	1 被保険者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す場合の送付先は、⑤欄の被保険者住所または⑥欄の送付を希望される住所となります。⑩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。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部



## 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)

### 被保険者(申請者)記入用

申請を行った月以前 1年間の入院日数合計		日間	
⑪ 長期 入院 欄	1	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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(入院期間が掲載されている保険医療機関等の領収書など)を添付してください。

被保険者本人が市区町村民税非課税者で、マイナンバーによる情報連携を希望されない場合は、下記の欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

(⑧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3月の場合は当年度の課税に関する証明をうけてください。)

⑫ 市区 町村 長 証明 欄	当該被保険者は令和( )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 印