



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)								
	② 個人番号 (マイナンバー)								
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)							
	④ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日				
	⑤ 住所	郵便番号		一			電話番号 (日中の連絡先)	( )	
	⑥ 送付先	郵便番号		一			電話番号 (日中の連絡先)	( )	
	※⑤の住所とは別のところに送付を希望する場合にご記入ください。	住所		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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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ます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」と答えた場合、2ページ目の「⑪長期入院期間」をご記入ください。				

「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 - )	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しする場合の送付先は、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。

R8.1

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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

⑪ 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									
	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	
1	入院した保険医療機関等	名称									
		所在地									
2	入院した保険医療機関等	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
		名称									
3	入院した保険医療機関等	所在地									
		名称									
4	入院した保険医療機関等	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
		名称									
5	入院した保険医療機関等	所在地									
		名称									

※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