



## 記入例

## 限度額適用認定申請書

## 船員保険 限度額適用認定 申請書

限

## 被保険者(申請者)記入用

[被保険者の方の市区町村民税が非課税などによる低所得者の場合は、こちらの申請書ではなく「船員保険限度額適用・標準負担額認定申請書」をご提出ください。]

|                                 |                    |   |   |   |   |   |              |   |   |                  |                  |                |
|---------------------------------|--------------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|------------------|------------------|----------------|
| 被保険者(申請者)欄                      | ① 記号番号<br>(左づめ)    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3   |   |   |   |   |              |   |   |                  |                  |                |
|                                 | ② 個人番号<br>(マイナンバー) |   |   |   |   |   |              |   |   |                  |                  |                |
|                                 | ③ 被保険者の氏名<br>(申請者) | (フリガナ) センボタロウ<br>船保 太郎  |   |   |   |   |              |   |   |                  |                  |                |
|                                 | ④ 生年月日             | [昭和] <input checked="" type="radio"/> [平成] <input type="radio"/> [令和] <input type="radio"/> | 年 | 月 | 日 |   |              |   |   |                  |                  |                |
|                                 | ⑤ 住所               | 郵便番号  | 1 | 0 | 2 | - | 8            | 0 | 1 | 6                | 電話番号<br>(日中の連絡先) | 03 (xxxx) 0000 |
|                                 |                    | 東京  | 都 | 道 | 府 | 県 | 千代田区富士見2-7-2 |   |   |                  |                  |                |
| ⑥ 送付先                           | 郵便番号               | 1   | 0 | 2 | - | 0 | 0            | 0 | 0 | 電話番号<br>(日中の連絡先) | 03 (□□□□) □□□□   |                |
| ※こ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                 | 東京  | 都 | 道 | 府 | 県 | 千代田区△△ 1-1   |   |   |                  |                  |                |
|                                 | 宛名                 | 株式会社 協会商事 OO OO   |   |   |   |   |              |   |   |                  |                  |                |

|        |                               |                            |       |  |                         |      |   |
|--------|-------------------------------|----------------------------|-------|--|-------------------------|------|---|
| 認定対象者欄 | ④ 療養を受ける方<br>※被保険者の場合は記入不要です。 | 氏名                         | 船保 花子 |  |                         | 生年月日 | [昭和] <input checked="" type="radio"/> [平成] <input type="radio"/> [令和] <input type="radio"/><br>○○年 3月 21日 |
|        | ⑤ 療養予定期間<br>(交付を必要とする期間)      | 令和 ○○ 年 5 月 ~ 令和 ○○ 年 12 月 |       |  | 申請月から最長で1年間の範囲でご記入ください。 |      |   |

「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。

|          |                      |                                     |  |  |          |  |  |
|----------|----------------------|-------------------------------------|--|--|----------|--|--|
| ⑨ 申請代行者欄 | ⑥ 申請代行者の氏名<br>(フリガナ) |                                     |  |  | 被保険者との関係 |  |  |
|          | 住 所                  | (郵便番号 - ) 電話番号<br>(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。<br>2 その他 ( ) |  |  |          |  |  |

※限度額適用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。

⑨欄の申請代行者の住所にはお書きできませんので、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

6

「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のみご記入ください。

なお、申請を代行された場合であっても、認定証の送付先は⑤または⑥の住所となりますので、十分ご注意ください。

7

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。  
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。貼付台紙に⑦⑧どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦身元確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー
- ・その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

⑧番号確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違ないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)



申請書は1ページです。  
漏れなく正確にご記入ください。

## 添付書類について

〈被保険者のマイナンバーを記入した場合〉 詳細は1ページ⑦参照  
**●被保険者の身元確認・番号確認書類 計2点**

## 注意事項

## ●提出不要な方

70歳以上75歳未満で標準報酬月額26万円以下と83万円以上の方は「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。

## ●被保険者が非課税の方

70歳未満の方で、「区分ウ」および「区分工」の場合ならびに70歳以上75歳未満の方で、「区分:一般」の場合のうち、被保険者の市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「船員保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(別様式)をご提出ください。

## ●有効期限

申請月の初日(船員保険加入月に申請された場合は資格取得日)から最長で1年間となります。  
(なお、有効期間の初日を申請月の初日より前にすることはできません。)

## 自己負担限度額

医療機関に限度額適用認定証を提示することで、同一の月において、それぞれ一医療機関ごとの窓口での一部負担金等の支払額が下記の自己負担限度額まで(※1)となります。

なお、同じ医療機関であっても、①医科入院、②医科外来、③歯科入院、④歯科外来にわけて(※2)計算します。

## ●70歳未満の方

| 被保険者の所得区分                | 自己負担限度額                     | 多数該当(※3) |
|--------------------------|-----------------------------|----------|
| 区分:ア<br>(標準報酬月額83万円以上)   | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% | 140,100円 |
| 区分:イ<br>(標準報酬月額53万~79万円) | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% | 93,000円  |
| 区分:ウ<br>(標準報酬月額28万~50万円) | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1%  | 44,400円  |
| 区分:エ<br>(標準報酬月額26万円以下)   | 57,600円                     | 44,400円  |

## ●70歳以上75歳未満の方(平成30年8月診療分から)

| 被保険者の所得区分                | 自己負担限度額   |                             | 多数該当(※3) |
|--------------------------|---|-----------------------------|----------|
|                          | 個人ごと(外来)  | 世帯ごと(入院を含む)                 |          |
| 現役並み所得者                  | 区分:現役並みⅢ<br>(標準報酬月額83万円以上で<br>高齢受給者証の負担割合が3割の方)   | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% | 140,100円 |
|                          | 区分:現役並みⅡ<br>(標準報酬月額53万~79万円で<br>高齢受給者証の負担割合が3割の方) | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% | 93,000円  |
|                          | 区分:現役並みⅠ<br>(標準報酬月額28万~50万円で<br>高齢受給者証の負担割合が3割の方) | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1%  | 44,400円  |
| 区分:一般<br>(現役並み・低所得者以外の方) | 18,000円<br>【年間上限14.4万円】                           | 57,600円                     | 44,400円  |

※1 保険外負担分(差額ベッド代など)や、入院時の食事負担額等は対象外となります。

※2 上記①②③④ごとに、70歳未満の方は、自己負担額21,000円以上のもの、および70歳以上75歳未満の方は、自己負担を伴うものが複数あると、高額療養費支給申請書の提出が必要な場合があります。

※3 診療月以前から1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されます。