

限

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・標準負担額減額認定申請書**」をご提出ください。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 欄	①	被 保 険 者 証 の 記 号 お よ び 番 号 (左づめ)												—															
	②	被保険者の氏名 (申請者)		(フリガナ)																									
	③	生 年 月 日		昭和 平成		年		月		日																			
	④	住 所	郵便番号			—						電話番号 (日中の連絡先)										()							
			都 道 府 県																										
⑤	送 付 先 ※④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	郵便番号			—						電話番号 (日中の連絡先)										()							
			都 道 府 県																										
			宛 名																										

認定対象者欄	⑥	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	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑦	療養予定期間 (交付を必要とする期間)	令和 年 月 ～ 令和 年 月 申請月から最長で1年間の範囲でご記入ください。					

「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。

[illegible]

※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す場合の送付先は、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。

被保険者のマイナンバー記入欄

[illegible]

R4.1

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

〒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