

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	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)	()				
	⑤	送付先 <small>※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。</small>	住所	郵便番号		—		電話番号 (日中の連絡先)	()			
		宛名										

認定対象者欄	⑥	療養を受ける方 <small>※被保険者の場合は記入不要です。</small>	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 申請月から初めて到来する7月までの範囲でご記入ください。									
	⑧	療養を受ける方は、長期入院されましたか? <small>※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。</small>	<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「⑩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。

⑨ 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。⑨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。

被保険者のマイナンバー記入欄 R4.1

被保険者が非課税の場合は被保険者のマイナンバーを記入し、本人確認書類を添付してください。▶ 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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

⑩ 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		
	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	
	2 入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
	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	
	3 入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
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		
4 入院した保険医療機関等	名称			
	所在地			
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		
5 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)を添付してください。

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。
(⑦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受けてください。)

⑪ 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