

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。

⑧ 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。
⑧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。

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。 被保険者のマイナンバー記入欄

記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。 ▶

R4.1
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

--

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

記入例

限度額適用認定申請書

被保険者(申請者)記入欄		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(左つめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3											
	② 被保険者の氏名(申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎											
	③ 生年月日	昭和/平成	3	1	0	2	1	1	年	月	日		
	④ 住所	郵便番号	1	0	2	-	8	0	1	6	電話番号(日中の連絡先)	03 (XXXX) 0000	
	⑤ 送付先住所	郵便番号	1	0	2	-	0	0	0	0	電話番号(日中の連絡先)	03 (□□□□) □□□□	
⑥ 療養を受ける方 ※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/平成/令和	55	年	5	月	5	日
⑦ 療養予定期間 (交付を必要とする期間)	令和	00	年	5	月	～	令和	00	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。	
⑧ 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、③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。
⑧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。

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。 記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄 R4.1

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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

- 記号・番号は、被保険者証に記載されています。
- 船員である被保険者の氏名をご記入ください。
(疾病任意継続被保険者の場合は船員であった方の氏名をご記入ください。)
- 入院等により、ご自宅で認定証をお受け取りができない場合などにご記入ください。
不備等により書類をお返す場合も、この送付先にお送りします。
- 療養を受ける方が、被保険者の場合は、⑦欄の「療養予定期間」のみをご記入ください。
被扶養者の場合は⑥～⑦欄をご記入ください。
- 療養予定期間(交付を必要とする期間)を申請月から最長で1年間の範囲でご記入ください。
なお、原則として、申請書受付日より前の月の限度額適用認定証の交付はできませんのでご了承ください。

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④または⑤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、記入不要です。
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。^{※1}貼付台紙^{※2}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のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票が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。)

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

検索

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26万円以下の方と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「区分エ」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。

●有効期間

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 （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 （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 （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 （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 （標準報酬月額 83 万円以上で 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
	167,400 円+（総医療費－ 558,000 円）× 1%		93,000 円
	80,100 円+（総医療費－ 267,000 円）× 1%		44,400 円
区分：一般 （現役並み・低所得者以外の方）	18,000 円 【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。