

## 減

〒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

|            |                           |                                                       |                                                       |  |  |    |    |  |
|------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|----|----|--|
| ⑩<br>長期入院欄 | 申請を行った月以前<br>1年間の入院日数合計   |                                                       | 日間                                                    |  |  |    |    |  |
|            | 1                         | 申請を行った月以前<br>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 |  |
|            |                           | 入院した保険医療機関等                                           | 名 称                                                   |  |  |    |    |  |
|            |                           |                                                       | 所在地                                                   |  |  |    |    |  |
|            | 2                         | 申請を行った月以前<br>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 |  |
|            |                           | 入院した保険医療機関等                                           | 名 称                                                   |  |  |    |    |  |
|            |                           |                                                       | 所在地                                                   |  |  |    |    |  |
|            | 3                         | 申請を行った月以前<br>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 |  |
|            |                           | 入院した保険医療機関等                                           | 名 称                                                   |  |  |    |    |  |
|            |                           |                                                       | 所在地                                                   |  |  |    |    |  |
| 4          | 申請を行った月以前<br>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 |    |  |
|            | 入院した保険医療機関等               | 名 称                                                   |                                                       |  |  |    |    |  |
|            |                           | 所在地                                                   |                                                       |  |  |    |    |  |
| 5          | 申請を行った月以前<br>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 |    |  |
|            | 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

# 記入例

# 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部  
船員保険

## 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)                     | 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              |                  |   |         |         |   |              |                 |                 |  |  |  |
|            | ③ 生年月日                                   | 昭和<br>平成                    | 3                | 1 | 0       | 2       | 1 | 1            |                 |                 |  |  |  |
|            | ④ 住所                                     | 郵便番号                        | 1 0 2 -          |   |         | 8 0 1 6 |   |              | 電話番号(日中の連絡先)    | 0 3 (XXXX) 0000 |  |  |  |
|            | ⑤ 送付先<br>※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                          | 東京 千代田区富士見 2-7-2 |   |         |         |   |              |                 |                 |  |  |  |
|            | 郵便番号                                     | 1 0 2 -                     |                  |   | 0 0 0 0 |         |   | 電話番号(日中の連絡先) | 0 3 (XXXX) XXXX |                 |  |  |  |
|            | 住所                                       | 東京 千代田区△△ 1-1               |                  |   |         |         |   |              |                 |                 |  |  |  |
|            | 宛名                                       | 株式会社 協会商事 ○○ ○○             |                  |   |         |         |   |              |                 |                 |  |  |  |

|        |                                                                                                      |                                                                                                             |       |  |      |                |    |   |   |   |   |   |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|------|----------------|----|---|---|---|---|---|
| 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<br>平成<br>令和 | 55 | 年 | 5 | 月 | 5 | 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                                                                                  |       |  |      |                |    |   |   |   |   |   |
|        | ⑥ 療養を受ける方は、長期入院されましたか?<br>※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です。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>↳ 「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。 |       |  |      |                |    |   |   |   |   |   |
|        | ⑦ 療養を受ける方は、長期入院されましたか?<br>※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です。 |                                                                                                             |       |  |      |                |    |   |   |   |   |   |

「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。

|        |            |                                     |                |          |
|--------|------------|-------------------------------------|----------------|----------|
| 申請代行者欄 | ⑦ 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。<br>2 その他 ( ) |                |          |

※限度額適用・標準負担額減額認定の送付先または、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。⑦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。

|                   |
|-------------------|
| 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

1

記号・番号は、被保険者証に記載されています。

|                     |          |
|---------------------|----------|
| 船員保険<br>被保険者証       | 本人(被保険者) |
| 記号 1234567890       | 番号 123   |
| 氏名 船保 太郎            |          |
| 保険者番号 02130011      | 印        |
| 保険者名称 全国健康保険協会船員保険部 |          |
| 保険者所在地 千代田区富士見2-7-2 |          |

2

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。)

3

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。

4

療養を受ける方が、被保険者の場合は、⑦および⑧欄をご記入ください。  
被扶養者の場合は⑥～⑧欄をご記入ください。

5

療養予定期間(交付を必要とする期間)を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。  
なお、原則として、申請書受付月より前の月の認定証の交付はできませんのでご了承ください。

6

申請を行った月以前1年間で、市区町村民税が課されていない期間中の入院期間が90日を超える場合には、「はい」の□をチェック(☑)いただき、2ページの⑩欄をご記入ください。

7

「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。

8

被保険者が市区町村民税非課税者の場合にご記入ください。  
マイナンバーの情報連携により被保険者の課税情報を確認します。  
また、マイナンバーを記入した場合は、添付書類が必要です。詳しくは2ページをご覧ください。

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

## 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

|   |                           |                            |                                            |              |  |
|---|---------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|--------------|--|
| 9 | 申請を行った月以前<br>1年間の入院日数合計   |                            | 92 日間                                      |              |  |
|   | 1                         | 申請を行った月以前<br>1年間の入院期間(日数)  | 令和〇〇年 8 月 6 日 から 令和〇〇年 9 月 26 日 まで 52 日間   |              |  |
|   |                           | 入院した保険医療機関等                | 名 称                                        | 品川〇〇総合病院     |  |
|   |                           |                            | 所在地                                        | 東京都品川区△△ 1-1 |  |
|   | 2                         | 申請を行った月以前<br>1年間の入院期間(日数)  | 令和〇〇年 10 月 6 日 から 令和〇〇年 11 月 14 日 まで 40 日間 |              |  |
|   |                           | 入院した保険医療機関等                | 名 称                                        | 品川〇〇総合病院     |  |
|   |                           |                            | 所在地                                        | 東京都品川区△△ 1-1 |  |
|   | 3                         | 申請を行った月以前<br>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                 |              |  |
|   |                           | 入院した保険医療機関等                | 名 称                                        |              |  |
|   |                           |                            | 所在地                                        |              |  |
| 4 | 申請を行った月以前<br>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 |                                            |              |  |
|   | 入院した保険医療機関等               | 名 称                        |                                            |              |  |
|   |                           | 所在地                        |                                            |              |  |
| 5 | 申請を行った月以前<br>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 |                                            |              |  |
|   | 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。  
(⑩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。)

|    |            |                                     |
|----|------------|-------------------------------------|
| 10 | ⑩ 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                                   |

9

申請を行った月以前1年間で、市区町村民税が課されていない期間中の入院期間が90日を超える場合には、その入院期間をご記入ください。  
また、その場合は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書など)を添付してください。

10

マイナンバーを記入されない場合は、⑩欄に市区町村長より証明を受けるか(非)課税証明書を添付してください。  
療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。  
(例)  
・平成30年8月診療分～令和元年7月診療分:平成30年度(平成29年中収入)の(非)課税証明書  
・令和元年8月診療分～令和2年7月診療分:令和元年度(平成31年度)(平成30年中収入)の(非)課税証明書

8

被保険者が市区町村民税非課税者の場合に記入してください。 マイナンバーの情報連携により被保険者の課税情報を確認します。  
また、マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。※1 本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書  
※2 に⑦④どちらも貼付のうえ、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  
④ 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することができます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

マイナンバーを記入されない方は、被保険者の(非)課税証明書を添付していただくか⑩欄に証明を受けてください。



申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

[illegible]

2/2ページ

[illegible]

添付書類をご用意ください。

最終ページをご確認の上で当てはまる書類を添付してください。

低所得者であることの確認書類※1

- マイナンバーを記入されない方
- 被保険者の（非）課税証明書  
（低所得者Ⅰに該当する場合は被保険者と被扶養者全員分）  
療養予定期間が4月から7月については前年度の証明書を添付してください。  
療養予定期間が8月から翌年3月については当年度の証明書を添付してください。
- マイナンバーを記入した方
- 本人確認書類※2（低所得者Ⅰに該当する場合は被保険者と被扶養者全員分）

※1 低所得者の詳細は4ページの「2 低所得者について」をご確認ください。

※2 本人確認書類については、2ページ⑧をご確認ください。

「限度額適用・標準負担額減額認定」の適用を受けることにより  
生活保護を必要としなくなる方

- 「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」  
もしくは「保護廃止決定通知書」

長期入院（申請月以前の1年間で  
90日を超えて入院）される方

- 入院期間を証明する書類  
(入院期間が記載されている領収書など)

## 注意事項

### ○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）から最長で初めて到来する7月末日が有効期間となります。

### ○認定対象者について

- ・本申請書の認定対象者は下記「**2** 低所得者について」に該当する方が対象となります。70歳未満の低所得者以外の方は「船員保険限度額適用認定申請書」をご提出ください。
- また、70歳以上75歳未満の方で標準報酬月額が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お支払いが自己負担限度額までとなります。

## 限度額適用・標準負担額減額認定についての概要

### 1 低所得者の高額療養費の自己負担限度額および入院時食事（生活）療養費の標準負担額

| 70歳未満の場合 | 高額療養費の自己負担限度額（※1） |          | 入院時食事（生活）療養費の標準負担額 |       |          |         |
|----------|-------------------|----------|--------------------|-------|----------|---------|
|          | 多数該当（※2）          |          | 入院時食事療養費（1食）       |       | 入院時生活療養費 |         |
|          |                   |          | 長期入院（※3）           |       | 食費（1食）   | 居住費（1日） |
| ①低所得者    | 35,400 円          | 24,600 円 | 210 円              | 160 円 | 210 円    | 370 円   |

  

| 70歳以上の場合 | 高額療養費の自己負担限度額（※4） |          | 入院時食事（生活）療養費の標準負担額 |       |          |         |
|----------|-------------------|----------|--------------------|-------|----------|---------|
|          | 外来                | 外来 + 入院  | 入院時食事療養費（1食）       |       | 入院時生活療養費 |         |
|          |                   |          | 長期入院（※3）           |       | 食費（1食）   | 居住費（1日） |
| ②低所得者Ⅱ   | 8,000 円           | 24,600 円 | 210 円              | 160 円 | 210 円    | 370 円   |
| ③低所得者Ⅰ   |                   | 15,000 円 | 100 円              |       | 130 円    |         |

- （※1）医療機関等の窓口で支払った自己負担額について、①受診月ごと、②受診者ごと、③医療機関ごとに区分し、それらを更に、④内科と⑤歯科の別ごと、⑥入院と⑦外来の別ごと（調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます。）という区分で見た結果、1つの区分で21,000円以上に該当するものが複数あり、それらを合算して自己負担限度額を超える場合は、高額療養費支給申請書の提出が必要となります。
- （※2）診療月以前の1年間に、船員保険の被保険者として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。
- （※3）申請を行った月以前の1年間で90日を超えて入院をされていた場合は、入院時食事療養費の標準負担額が軽減されます。
- （※4）受診月ごと、受診者ごとの自己負担額を合算して自己負担限度額を超える場合は、高額療養費支給申請書の提出が必要となります。

### 2 低所得者について

下記のいずれかに該当する場合は低所得者となり、自己負担限度額が軽減されます。

|                   |                                                                                                                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①低所得者（70歳未満）（※5）  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者</li> <li>・低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者</li> </ul>                              |
| ②低所得者Ⅱ（70歳以上）（※6） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者</li> <li>・低所得者Ⅱの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者</li> </ul>                             |
| ③低所得者Ⅰ（70歳以上）（※6） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者</li> <li>・低所得者Ⅰの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者</li> </ul> |

（※5）標準報酬月額53万円以上の方は、低所得者の適用にはなりません。

（※6）標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は低所得者の適用とはなりません。

### 3 入院時食事（生活）療養費にかかる標準負担額の減額について

#### ○入院時食事療養費

入院した場合の食事については、食事にかかる一部負担（食事療養標準負担額といいます。）をすることで、食事の提供を受けることができます。低所得者の方については、認定証を医療機関の窓口に表示することで、食事療養標準負担額が軽減されます。

#### ○入院時生活療養費

65歳以上の方で、療養病床に入院する場合は、生活療養にかかる費用のうち一部負担（生活療養標準負担額といいます。）をすることで、食事や適切な療養環境の提供を受けることができます。低所得者の方については、認定証を医療機関の窓口に表示することで、生活療養標準負担額が軽減されます。