



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

⑪ 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									
	1	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
		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 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 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 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 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(入院期間が掲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。

情報照会	被保険者等の課税情報等の確認のため、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。 【対象月が1月～7月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 【対象月が8月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号	
	被保険者 郵便番号	<input type="text"/>
	希望しない	<input type="checkbox"/> マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、左記に☑を入れてください。 希望しない場合には、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。