



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 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 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
	② 個人番号 (マイナンバー)	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎
	④ 生年月日	「昭和」 平成 「令和」 〇 〇 〇 1 2 3
	⑤ 住所	郵便番号 1 0 2 - 8 0 1 6 電話番号 (日中の連絡先) 03 (〇〇〇〇) ×××× 東京 千代田区富士見2-7-2
	⑥ 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 (□□□□) □□□□ 東京 千代田区△△ 1-1 宛名 株式会社 協商会事 〇〇 〇〇

認定対象者欄	⑦ 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」 〇〇年 3 月 21 日
	⑧ 療養予定期間 (交付を必要とする期間)	令和 〇〇年 2 月 ~ 令和 〇〇年 7 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。	
	⑨ 療養を受ける方は、長期入院されましたか？ ※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。	☒ はい ☐ いいえ 「はい」と答えた場合、2ページ目の「⑩長期入院期間」をご記入ください。	

「申請代行者欄」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。

⑩ 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、⑤欄の被保険者住所または⑥欄の送付を希望される住所となります。⑩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。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

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

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⑤または⑥の住所となりますので、十分ご注意ください。

8

船員保険の記号番号が不明の場合、または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。

1

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑧をご確認ください。

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、⑧および⑨欄をご記入ください。
被扶養者の場合は⑦～⑨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(☑)していただき、2ページの⑩欄をご記入ください。

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

R8.8



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

⑧ 長期 入院 欄	⑨ 1	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	92	日間		
		申請を行った月以前 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	
	1	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 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		
	3	入院した保険医療機関等	所在地	東京都品川区△△1-1		
		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	
	4	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。

⑧ 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	⑩	1	0	5	0	0	0	0	0
	希望しない	⑪	☐	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。						

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
マイナンバーを利用した情報照会を希望
する場合は郵便番号をご記入ください。
申請する月によってご記入いただく郵
便番号が異なります。
(例)
・令和5年8月～令和6年7月診療分:
令和5年1月1日時点の住民票住所の郵
便番号
・令和6年8月～令和7年7月診療分:
令和6年1月1日時点の住民票住所の郵
便番号

⑪
マイナンバーを利用した情報照会を希望
しない場合は、☑を入れ、以下の証明書
類を添付してください。
(例)
・令和5年8月～令和6年7月診療分:
令和5年度(令和4年中収入)の(非)課
税証明書
・令和6年8月～令和7年7月診療分:
令和6年度(令和5年中収入)の(非)課
税証明書

⑧
①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。
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。貼付台紙 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。)

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

国民健康保険協会 松竹事務所

（松竹支所）

1 2 ページ

松竹保険 入院費減額・標準負担額減額認定 申請書

（医療費の自己負担割合を軽減する申請書）

減

被保険者の（申請者）記入用

※被保険者が複数ある場合は、申請者（申請者）の氏名・住所を記入し、被保険者の氏名・住所を別紙に記入してください。

姓										
名										
姓										
名										
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日	年 月 日									
住 所	〒 市 区 町 丁目 番 号									
通 行 先	住所 電話番号									
姓 名	氏 名									

姓 名	氏 名									
生 年 月 日										

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

● マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合※2
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。

※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 マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合でも、船員保険がマイナンバーを未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類の提出が必要になる場合があります。

「限度額適用・標準負担額減額認定証」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※3

● 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)

※3 保険者に低所得者として認められた期間に係る入院に限ります。



注意事項

●有効期限

・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歳未満の低所得者以外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ので、「船員保険限度額適用認定申請書」の提出は必要ありません。

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(令和8年8月1日～)

※令和8年7月31日以前の金額は船員保険部ホームページよりご確認ください。

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	36,900円	24,600円	270円	220円	270円	430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)
①低所得者Ⅱ	11,000円	25,700円	270円	220円	270円	430円
②低所得者Ⅰ	8,000円	15,700円	130円		160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医科と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)	・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 ・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
②低所得者Ⅱ(70歳以上)(※6)	・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 ・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
③低所得者Ⅰ(70歳以上)(※6)	・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 ・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

※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提示することで、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提示することで、生活療養標準負担額が軽減されます。