

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)	平成	年	月	日から	日間
		入院した保険医療機関等	平成	年	月	日まで	
		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)	平成	年	月	日から	日間
		入院した保険医療機関等	平成	年	月	日まで	
		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)	平成	年	月	日から	日間
入院した保険医療機関等		平成	年	月	日まで		
	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)	平成	年	月	日から	日間	
	入院した保険医療機関等	平成	年	月	日まで		
	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)	平成	年	月	日から	日間	
	入院した保険医療機関等	平成	年	月	日まで		
	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)を添付いただくようお願いします。

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お受けになるか、「非課税証明書」の交付を受け原本を添付いただくようお願いします。

市区町村長証明欄	当該被保険者(氏名)は平成()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 ㊟

(※) ⑨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お受けになってください。

上記のとおり船員保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
	㊟