



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)										
	②	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)									
	③	生年月日	昭和 平成 令和	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	送付先住所	郵便番号					電話番号 (日中の連絡先)	()				
		都 道 府 県										
		宛名										

※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。

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 申請月から初めて到来する7月までの範囲でご記入ください。								
	⑧	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ます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。

⑨ 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、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。

被保険者の記号番号が不明の場合、またはマイナンバーの情報連携による課税情報の確認を希望される方はご記入ください。本人確認書類の添付が必要です。

被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

R6.12

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



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 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						
	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					
	1 入院した保険医療機関等	名称						
		所在地						
	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					
	2 入院した保険医療機関等	名称						
		所在地						
	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					
	3 入院した保険医療機関等	名称						
		所在地						
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							
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						
5 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。

被保険者本人が市区町村民税非課税者で、マイナンバーによる情報連携を希望されない場合は、下記の欄に市区町村民長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」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3月の場合は当年度の課税に関する証明をうけてください。)

⑪ 市区 町村民 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。
	市区町村民長名 印