

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。  
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

限度額適用  
限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

		事務長	課長・係長	係	判定
被保険者の記号・番号	群医	-	-		
個人番号(マイナンバー)					
認定を受けようとする対象被保険者	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
	組合員又は従業員組合員との続柄			長期入院	該当・非該当
①	申請日の前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
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	
②	申請日の前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
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	
③	申請日の前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
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	
④	申請日の前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
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	
⑤	申請日の前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
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	

組合員とその世帯に属する被保険者が、住民税非課税世帯の場合は次の証明が必要です。

市町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の組合員及びその世帯に属する被保険者に 令和 年度 の市町村民税が課税されないことを証明する。
	市町村長名 <span style="float: right;">㊟</span>

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

個人番号(マイナンバー)									
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

組合員 住所  
又は  
従業員組合員 氏名

群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿

【委任欄】 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 令和 年 月 日			
受任者(代理人)	住所 氏名	委任者(組合員又は従業員組合員)	住所 氏名

※当組合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を、番号法第9条第1項の規定に基づき、国民健康保険に関する適用、給付及び徴収関係事務並びに情報連携のために利用します。