

**限度額適用
限度額適用・標準負担額減額 認定申請書**

被保険者証の記号・番号		群医 ー ー		事務長	課長・係長	係	判定		
							.		
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	年	月	日	男・女
	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)	平成	年	月	日から				日間
		平成	年	月	日まで				
	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)	平成	年	月	日から				日間
		平成	年	月	日まで				
	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)	平成	年	月	日から				日間
		平成	年	月	日まで				
	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)	平成	年	月	日から				日間
		平成	年	月	日まで				
	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)	平成	年	月	日から				日間
		平成	年	月	日まで				
	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、平成_____年度_____の市町村民税が課税されないことを証明する。 _____ _____ <p style="text-align: right;">市町村長名 ㊟</p>
------------	--

上記のとおり申請します。

平成 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。				平成	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 ㊟				

※個人番号の利用目的について、当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。