

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。

【記入例】

限度額適用 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

赤太枠内は記入必須

		事務長	課長・係長	係	判定
被保険者証の記号・番号		群医 01 - 5010 - 00			
個人番号 (マイナンバー)		1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4			
認定を受けようとする対象被保険者	氏名	国保 花子		生年月日	昭平・令 50 年 4 月 14 日
	組合員又は従業員組合員との続柄	組合員の妻		長期入院	該当・ 非該当
①	申請日の前1月の入院期間(日数)	令和	年	月	日
	入院をした医療機関等	名称	所在地		
②	申請日の前1月の入院期間(日数)	令和	年	月	日から
	入院をした医療機関等	名称	所在地		
③	申請日の前1月の入院期間(日数)	令和	年	月	日から
	入院をした医療機関等	名称	所在地		
④	申請日の前1月の入院期間(日数)	令和	年	月	日から
	入院をした医療機関等	名称	所在地		
⑤	申請日の前1月の入院期間(日数)	令和	年	月	日から
	入院をした医療機関等	名称	所在地		

住民税非課税世帯の方で長期入院「該当」の場合、①～⑤を記入

住民税非課税世帯の方のみ選択
 ※ 過去1年間の入院期間が90日を超える場合、長期入院に「該当」し、入院時の食事負担額が変わります。

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 印
------------	--

75歳以上の方は記入不要

上記のとおり申請します。

令和 6 年 4 月 1 日

申請年月日

個人番号 (マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

組合員 住所 前橋市口〇町一丁目8-4
 又は
 従業員組合員 氏名 国保 太郎

組合員又はその家族の申請の場合は組合員、従業員又はその家族の申請の場合は従業員の自宅住所・氏名を記入

【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 6 年 4 月 1 日		
受任者 (代理人)	住所 前橋市口▲町一丁目〇〇-〇 氏名 群馬 次郎	委任者 (組合員又は従業員組合員)	住所 前橋市口〇町一丁目8-4 氏名 国保 太郎

※ 個人番号の利用目的について、当令は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。
 【委任欄】は組合員又は従業員組合員以外の方(社労士や会計士事務所等)が申請する場合に記入