

【 記入例 】

◎組合員又は従業員組合員の申請となります。

◎太枠内に必ず記入・押印してください。

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

		記入不要			
		事務長	課長・係長	係	判定
被保険者証の記号・番号	群医	1 - 5010 - 0			
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 50年 4月 14日
	組合員又は従業員組合員との続柄	妻		※1長期入院	該当 非該当
① ※2	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から
		平成	年	月	日まで
②	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
		平成	年	月	日まで
④	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
		平成	年	月	日まで
⑥	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

※1 及び ※2(①~⑤)
住民税非課税世帯の場合記入してください。
入院時の食事負担額が変わります。
(区分ア~エに該当する世帯の場合は、
記入不要です。)

※3 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。

市町村長名 印

※3 市町村で発行される証明書がある場合は、不要です。

上記のとおり申請します。

※4 平成 30年 8月 日

※5 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□○町一丁目8-4

又は 従業員組合員 氏名 国保太郎 印

※4 申請年月日を記入してください。

※5 組合員又は従業員組合員の個人番号・自宅住所・氏名・押印になります。

群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿

※6 【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 30年 8月 日

受任者(代理人)	住所 前橋市□▲町一丁目00-0	委任者(組合員又は従業員組合員)	住所 前橋市□○町一丁目8-4
氏名 群馬 次郎 印		氏名 国保 太郎 印	

※6 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)が申請する場合は記入してください。

※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。

《 添付書類 》

- 区分ア該当世帯(*1) 所得を証明する書類等不要
- 区分イ~エ該当世帯 世帯に属する被保険者全員の所得額を証明する書類
- 区分オ住民税非課税世帯(70歳未満) 世帯に属する被保険者全員の住民税非課税を証明する書類
- 低所得者Ⅱ・Ⅰ(70歳以上) 世帯に属する被保険者全員の住民税非課税を証明する書類

◎(*1)区分ア該当世帯とは、世帯に属する全ての国保被保険者の所得から基礎控除(33万円)を差し引いた額の合計が901万円を超える世帯です。

◎平成30年8月1日から平成31年7月31日有効の認定証は、平成29年分(平成29年1月1日~12月31日)の所得を基に判定・交付します。

◎所得を証明する書類の添付がない場合は、区分ア該当世帯扱いとなります。

◎毎年、8月更新です。

◎発行期日は、申請書が組合に届いた月の初日となりますので、早めの申請をお願いします。

手続きはお早め
お願いします!!

ご不明な点は、当組合までお問い合わせください。

群馬県医師国民健康保険組合
〒371-0022 前橋市千代田町一丁目8番5号
TEL (027) 231-1749 FAX (027) 231-1730

