

国民健康保険

限度額適用  
標準負担額減額  
殿

認定申請書

長野県医師国民健康保険組合理事長

令和 年 月 日

申請者（組合員）

住所 〒

氏名

個人番号

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

下記のとおり認定証の交付を申請します。  
なお、世帯における医師国保組合被保険者全員の課税状況について調査することに同意します。

被保険者証	記号		番号																
限度額適用 ・減額対象者	氏名								長期入院 (申請日前1年の間に90日以上)  <input type="checkbox"/> 該当										
	生年月日	昭・平・令	年	月	日														
	個人番号																		

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

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	

(医師国保組合使用欄)

ア	イ	ウ	エ	オ	現Ⅱ	現Ⅰ	低Ⅱ	低Ⅰ
---	---	---	---	---	----	----	----	----

**■ ご提出いただく前にお読みください!**  
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。  
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。