限度額適用

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

適用対象者 氏　名		被保険者証 記号番号	新医　　（枝番）
個人番号			

認定証の送付先について、希望する送付先に〇をつけてください。 ３．その他の場合は、送付先住所・宛名をご記入ください。
１．事業所　　２．自宅　　３．その他（　　）

長期入院（申請日前１年間の入院日数が９１日以上）に該当する、非課税世帯の場合のみ下記にご記入ください。

①	申請日の前１年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　日）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
②	申請日の前１年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　日）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

新潟県医師国民健康保険組合理事長　様

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者（組合員）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※組合員が後期高齢組合員の場合は、組合員の個人番号は記載不要です。

＜組合使用欄＞

適用区分	

			係

認定証交付	登　録