

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	看護 良子	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○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 新潟市○○区○○町○○-○○

申請者（組合員） 看護 良子

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