

国民健康保険

限度額適用  
標準負担額減額

認定申請書

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

申請者（組合員） 住所 〒

氏名

個人番号

Grid for personal number input

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。

Table with columns: 被保険者証, 記号, 番号, 氏名, 生年月日, 個人番号, 長期入院 (申請日前1年の間に90日以上) with checkbox 該当

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

Table with 5 rows (①-⑤) for long-term hospitalization. Each row includes: 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