

事務長	課長	業務係

## 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

記号・番号	医 00 — 12345	(准)組合員氏名	国保 花子
認定対象者氏名	国保 花子	(准)組合員との続柄	本人
認定対象者の生年月日	昭 35 年	年齢	49 歳
認定対象者の住所	〒 604-0000 京都市北区△△△町 213 番地 Tel 075 - 1111 - 1111		

1. これから入院される期間についてご記入ください。

①	入院予定期間	平成 21 年 9 月 3 日から 平成 21 年 9 月 20 日まで 18 日間
	入院をする保険医療機関等	名称 京都市左京区〇〇〇町 100-99 所在地 医療法人〇〇会 △△病院

2. 申請日の前 1 年間にご入院されたことがある場合ご記入ください。

①	申請日の前 1 年間の入院期間	平成 21 年 3 月 1 日から 平成 21 年 3 月 15 日まで 15 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 京都市左京区〇〇〇町 100-99 所在地 医療法人〇〇会 △△病院
②	申請日の前 1 年間の入院期間	平成 年 月 日から 平成 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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長 様

平成 21 年 9 月 1 日

(准)組合員氏名

国保 花子



組合記入欄	適用区分	A ・ B ・ C	長期該当年月日	
	交付年月日		回収年月日	
	発効年月日		備考	
	有効期日			