

事務長	課長	係員

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 - 012345	(准)組合員氏名	国保 花子	
認定対象者氏名	国保 花子	(准)組合員個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	
認定対象者個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	(准)組合員との続柄	マイナンバーを記入 本人	
認定対象者の生	マイナンバーを記入 年 60 年 4 月 1 日	年齢	33 歳	
認定対象者の住所	〒 604-0000 京都市北区△△△町 213 番地 Tel 075 - 111 - 1111			
1. これから入院される期間についてご記入ください。(外来診療の場合は記入不要)				
①	入院予定期間	平成 30 年 9 月 3 日から 平成 30 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○○○町 100-99	
		所在地	医療法人○○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。(外来診療の場合は記入不要)				
	入院をした保険医療機関の名称	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		
①	医療法人○○会 △△病院	平成 30 年 3 月 1 日から 平成 30 年 3 月 15 日まで 15 日間		
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
②		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
③		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
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 30 年 9 月 1 日				
		(准)組合員氏名	国保 花子	

組合記入欄	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	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			