（国保法施行規則第 27 条 14 の２の様式）

事務長	確　認	担　当

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　　－	（准）組合員氏名	
		（准）組合員のマイナンバー	
認定対象者氏名		（准）組合員との続柄	
認定対象者のマイナンバー			
認定対象者の生年月日	昭・平　　年　　月　　日	年　齢	歳
認定対象者の住所	〒　　－ TEL　　－　　－		

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	令和　年　月　日から	
		令和　年　月　日まで	日間
	入院をする保険医療機関等	名　称	
		所在地	

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		令和　年　月　日から	
		令和　年　月　日まで	日間
②		令和　年　月　日から	
		令和　年　月　日まで	日間
③		令和　年　月　日から	
		令和　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

令和　　年　　月　　日

(准)組合員氏名　　㊞

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			