

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 00 - 012345	(准)組合員氏名	国保 花子										
		(准)組合員個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
認定対象者氏名	国保 花子										(准)組合員との続柄	本人	
認定対象者個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	
認定対象者の生年月日	昭・平 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	令和 元 年 5 月 5 日から
		令和 元 年 5 月 20 日まで 16 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	令和 元 年 5 月 1 日から
		令和 元 年 5 月 2 日まで 2 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 **元** 年 **5** 月 **7** 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			