|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | (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 | 〒　　　　　－　 |  |
|  | ℡　　　 　　　　― 　 　　　　　－　　　　　 |
| 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 |  |