文書受付	担当係員	主	任	事務長補佐	事務長	専務理事	副理事長	理事長

国民健康保険

令和

年

月

日

有 効 期 限

限度額適用 標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保	険者証記	号番号	衣 –										
		住 所											
世帯主		氏 名	個人番号			(F)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女
限度額適用・ 標準負担額 減額対象者		個人番号					生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
長其	胡入院	該	当 · 非該当			介和		<u> </u>	П	から			
	申請日	の前1年間	の入院期間(日数)			7和	· 4	, ,		から まで		日間	
1													
	入院をし	ンた保険医½	所在地	1									
由諸日	申請日	の前1年間			 令和	年	F 月	目	から		日間		
2				ŕ		年	月 月	日	まで				
1)	オ (空 む)	ンた保険医 郷	名 称										
	八所でし	ンに体映区が	京(茂)	所在地	I								
	申請日の前1年間の入院期間(日数)					令和 令和	年 年			からまで		日間	
3			名称	1	1 J.H		7	Н	٠, ١				
	入院をし	た保険医療	療機関等	所在地									
【委任欄】 私は、下記の者を代理人と定め、この申請書の提出を委任します。 (代理人) 住所 氏名 令和年月日 (委任者)住所 氏名													
	次の欄には	記入しないで	ください					_				_	
交色	寸年月日	令和	口 年 月	I I	発行	亍 期	日	令和	年	月	日	処理	1欄

長期入院該当

令和

年

月

日

文書受付	担当係員	主	任	事務長補佐	事 務 長	専務理事	副理事長	理事長
				見	本			

国民健康保険

限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

限度額適用 · 標準負担額減額

被保	険者証記	 号番号	衣 191 - (012310) 1				
W. KINI		住所	京都市○○区△∠						
世	帯主	氏 名	衣料 個人番号 987	太郎 6 5 4 3 2		生年月	田 平成48 令和	3年 7月15日	男女
標準	額適用・ 負担額 i対象者	氏 名 世春	衣 料 個人番号 1 2 3 帯主との続柄	花子45678	妻	生年月	日 平成50 令和)年10月 8日	男女
長其	朝入院	該	当 · 非該当						
	申請日	の前1年間	の入院期間(日数)		令和 :	年	月日太), j	#
1	入院をした保険医療機関等			名 称 所在地					
2	申請日	の前1年間	の入院期間(日数)		=7 7	r -	+ ~1		
0	入院を「	した保険医療	療機関等	名 称 所在地	記入	、し ⁷	/4. C	下さい	`
3	申請日	の前1年間	の入院期間(日数)						
3)	入院を「	した保険医療	療機関等	名 称 所在地					
	申請日	理人) 住年 月	Aは、下記の者を代理 E 所 <u>京者</u> R 名 日 E 所 <u>京者</u>	水 料	△町□□番埠	也	委任します。	世帯主以外の手続きに来る場合には記入が必要です	られる

次の欄には記入しないでください

氏 名 _

交付年月日	令和	年	月	日	発行期日	令和	年	月	日	処理欄
2017 1771	14 11.	<u>'</u>			22 13 293 11	12 177				
有効期限	令和	年	月	目	長期入院該当	令和	年	月	目	