

様式 24

理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者証記号番号		石医 -											
個人番号													
限度額適用対象者		氏 名					性別						
		組合員との続柄					生年月日						
①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)					平成 年 月 日から		日間					
						平成 年 月 日まで							
入院をした保険医療機関等		名 称											
		所在地											
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)					平成 年 月 日から		日間					
						平成 年 月 日まで							
入院をした保険医療機関等		名 称											
		所在地											
③	申請日の前の1年間の入院期間(日数)					平成 年 月 日から		日間					
						平成 年 月 日まで							
入院をした保険医療機関等		名 称											
		所在地											

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

住 所

組 合 員 氏 名

印

個人番号

石川県医師国民健康保険組合理事長様

交付年月日	平成 年 月 日	適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ
発効年月日	平成 年 月 日	長期入院	該当		非該当		
回収年月日	平成 年 月 日	番号確認	個人番号		通知カード	他()	
有効期限	平成 年 月 日	身元確認	カード		免許証	パスポート	他()