

大阪府国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(提出先) 大阪市長

次のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。資格の確認に必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。

※太線の枠内のみご記入ください。

記入例

受付印	申請者(世帯主)	申請日	令和 3年 4月 15日
	住所	〒 530 - 0005 大阪市 北 区 中之島〇丁目〇番〇号	
	(フリガナ)	コクホ イチロウ	
	氏名	国保 一郎	電話 090 - 0000 - 0000 ※必ずご記入ください (日中連絡の取れる電話番号)
個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		

対象者

申請種別 (該当する番号に○、該当する項目に印または記入をしてください)		理由…	
<input type="checkbox"/> 1 限度額適用認定	<input type="checkbox"/> 5 変更		<input type="checkbox"/> 破損 <input checked="" type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 焼失
<input checked="" type="checkbox"/> 2 限度額適用・標準負担額減額認定	<input checked="" type="checkbox"/> 6 再交付		<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 3 標準負担額減額認定 (※69歳以下のみ)			
<input type="checkbox"/> 4 長期該当認定 (※入院日数を確認できる書類が必要です)			
被保険者記号・番号		(フリガナ)	
阪国 北 012345	氏名	コクホ ハナコ 妻	
生年月日	昭和 令和 元年 1月 1日	個人番号	
申請の区分 (上記申請種別が1~3の場合記入のこと)		受付・適用確認	
<input type="checkbox"/> ア 区分ア	<input type="checkbox"/> カ 現役並みⅡ	申請書入力	
<input type="checkbox"/> イ 区分イ	<input type="checkbox"/> キ 現役並みⅠ	納付確認	
<input type="checkbox"/> ウ 区分ウ	<input type="checkbox"/> ク 生活保護申請却下	<input type="checkbox"/> 完納	
<input type="checkbox"/> エ 区分エ	<input type="checkbox"/> ケ その他	<input type="checkbox"/> 滞納	
<input checked="" type="checkbox"/> オ 市民税非課税 (区分オ・区分Ⅱ・区分Ⅰ)		審査	
		通知	

以下は、申請種別が「長期該当認定」の場合のみ記入してください。

申請月の前12か月の入院期間(日数)	保険医療機関等	認定証取得日
平成 令和 2年 1月 4日から 平成 令和 2年 1月 15日まで (12日)	名称 大阪国保病院 所在地 大阪市北区 淀屋橋〇-〇-〇	平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで (日)		長期入院該当日(91日目該当日)
平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで (日)		平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで (日)		長期入院該当認定日
平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで (日)		平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで (日)		決裁(認定)日
平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで (日)		平成 令和 年 月 日
		認定証交付(変更)日
		平成 令和 年 月 日

委任状 (世帯主以外の方が申請・証の受取をされる場合、記入が必要です)			
委任者(世帯主)	限度額適用・標準負担額減額認定証に関する <input checked="" type="checkbox"/> 申請・ <input checked="" type="checkbox"/> 受領を下記の委任者に委任します。 令和 3年 4月 15日	氏名	国保 一郎
	住所	同上	
受任者	〒 530 - 0005 住所	大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号	世帯主との関係
	(フリガナ)	コクホ ハナコ	受任者の本人確認ができるもの
	氏名	国保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証、免許証、マイナンバーカード等
	日中連絡の取れる電話番号	090 - 0000 - 1111	
	同意書兼誓約書	<input checked="" type="checkbox"/> 大阪市が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 委任者の意思に基づかず申請し受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。	

世帯主以外の方が申請・受領する場合は【委任状】に記入願います。

起案日	令和 年 月 日	決定内容	
決裁	課長	<input type="checkbox"/> 区分ア	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ
	課長代理	<input type="checkbox"/> 区分イ	<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ
	係長	<input type="checkbox"/> 区分ウ	<input type="checkbox"/> 却下
	係員	<input type="checkbox"/> 区分エ	<input type="checkbox"/> 区分Ⅱ
		<input type="checkbox"/> 区分オ	<input type="checkbox"/> 区分Ⅰ
		(理由)	