

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。

※ マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

※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		電 話 090 - 0000 - 0000		
	氏 名		国保 一郎		※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 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)				
1 限度額適用認定	5 変 更			
2 限度額適用・標準負担額減額認定	6 再交付			
3 標準負担額減額認定 (※69歳以下のみ)	理由… ☐ 破損 ☒ 汚損 ☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 焼失 ☐ その他 ()			
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) 続 柄				
阪 国 北 012345 氏 名 国保 花子 妻				
生年月日 昭和 令和 元年 1 月 1 日 個人番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
申請の区分 (上記申請種別が1～3の場合記入のこと)				
ア 区分ア カ 現役並みⅡ イ 区分イ キ 現役並みⅠ ウ 区分ウ ク 生活保護申請却下 エ 区分エ ケ その他 オ 市民税非課税 (区分オ・区分Ⅱ・区分Ⅰ)				
受付・適用確認	申請書入力	納付確認	審 査	通 知
		☐ 完納 ☐ 滞納		

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		名 称 大阪国保病院		平成 令和 年 月 日	
平成 令和 2 年 1 月 15 日まで (12 日)		所 在 地 大阪市北区淀屋橋〇-〇-〇		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	
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	
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	
平成・令和 年 月 日まで (日)				認定証交付(変更)日	
平成・令和 年 月 日から				平成 令和 年 月 日	
平成・令和 年 月 日まで (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 ☒ 申請・ ☒ 受領 を下記の受任者に委任します。 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 受任者の本人確認ができるもの	
(フリガナ) コクホ ハナコ 日中連絡の取れる電話番号 妻 ☒ 保険証、免許証、マイナンバーカード等	
氏 名 国保 花子 090 - 0000 - 1111	
同意書兼誓約書 ☒ 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。 ☒ 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	課長代理	係 長	係 員
〇認定		〇区分ア 〇現役並みⅡ 〇却下 〇保険料滞納 〇区分イ 〇現役並みⅠ 〇その他 〇区分ウ 〇区分Ⅱ 〇区分エ 〇区分Ⅰ (理由 ()) 〇区分オ		