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。

申請日	令和　　年　　月　　日

申請者（世帯主）

受付印

住　所	〒　　－ 大阪市　　　区		
（フリガナ） 氏　名	（男・女）	電　話	－　　－
個人番号			

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

2 限度額適用・標準負担額減額認定

3 標準負担額減額認定（※69歳以下のみ）

4 長期該当認定（※入院日数を確認できる書類が必要です）

5 変　更

6 再交付

理由…　□破損　□汚損　□紛失　□盗難　□焼失　□その他

（　　　）

被保険者証記号・番号					続　柄
阪 国			（フリガナ） 氏　名	（男・女）	
生年月日	昭和　令和 平成　　年　　月　　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）

- ア　区分 ア
- イ　区分 イ
- ウ　区分 ウ
- エ　区分 エ
- オ　市民税非課税（区分オ・区分Ⅱ・区分Ⅰ）
- カ　現役並みⅡ
- キ　現役並みⅠ
- ク　生活保護申請却下
- ケ　その他

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	
	名　称	所在地
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　日から 平成・令和　年　月　日まで （　　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　日から 平成・令和　年　月　日まで （　　日）		
平成・令和　年　月　日から 平成・令和　年　月　日まで （　　日）		

認定証取得日
平成 令和　　年　　月　　日

長期入院該当日（91日目該当日）
平成 令和　　年　　月　　日

長期入院該当認定日
平成 令和　　年　　月　　日

決裁（認定）日
平成 令和　　年　　月　　日

認定証交付（変更）日
平成 令和　　年　　月　　日

起案日　令和　　年　　月　　日

	課　長	課長代理	係　長	係　員
決裁				

決定内容			
□認定	□区分 ア □区分 イ □区分 ウ □区分 エ □区分 オ	□現役並みⅡ □現役並みⅠ □区分Ⅱ □区分Ⅰ	□却下　□ 保険料滞納 □ その他 （理由）（　　　）

（給547）