

# 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。

	申請者(世帯主)				申請日	令和	年	月	日	
	住所	〒	-	大阪市	区					
	(フリガナ)					電話	-	-		
	氏名						※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										

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	} 理由…	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 汚損	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> 焼失							
2 限度額適用・標準負担額減額認定	6 再交付		<input type="checkbox"/> その他											
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)														
被保険者記号・番号			(フリガナ)				続柄							
阪国				氏名										
生年月日	昭和	令和	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	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										
		<input type="checkbox"/> 完納												
		<input type="checkbox"/> 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 年 月 日から	名称	所在地	平成 令和 年 月 日
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
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 <input type="checkbox"/> 申請・ <input type="checkbox"/> 受領を下記の受任者に委任します。 令和 年 月 日			
	氏名	住所		同上
受任者	〒	-	住所	世帯主との関係
	(フリガナ)	日中連絡の取れる電話番号		受任者の本人確認ができるもの
	氏名	-	-	<input type="checkbox"/> 保険証、免許証、マイナンバーカード等
同意書兼誓約書	<input 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 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。			

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