

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

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

氏名
(フリガナ) **コクホ イチロウ**
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
0000000000000000

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

被保険者記号・番号
北 012345

(フリガナ) **コクホ ハナコ**
国保 花子

続柄
妻

氏名
氏名

個人番号
1111111111111111

生年月日
昭和 令和 元年 1月 1日

個人番号
1111111111111111

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

平成 令和 2年 1月 4日から

大阪国保病院

大阪市北区淀屋橋〇-〇-〇

平成 令和 2年 1月 15日まで (12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

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

(フリガナ) **コクホ ハナコ** 日中連絡の取れる電話番号 **090-0000-1111**

氏名 **国保 花子** **妻**

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

課長

課長代理

係長

係員

☐ 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

(理由)

☐ 保険料滞納

☐ その他