

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)

氏名

電話

—

—

※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

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

(フリガナ)

続柄

氏名

氏名

生年月日

昭和

令和

年

月

日

平成

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)

平成・令和

年

月

日から

平成・令和

年

月

日まで

(日)

保 険 医 療 機 関 等

名 称

所 在 地

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

年

月

日

氏名

住所

同上

受任者

〒

—

住所

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)

日中連絡の取れる電話番号

氏名

—

—

☐ 保険証、免許証、  
マイナンバーカード等

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に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

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

☐保険料滞納

☐却下

☐その他

(理由)