

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

受付印	申請者(世帯主)										申請日		令和 7年 7月 15日			
	住 所		〒 558 - 0041		大阪市 住吉 区		南住吉〇丁目〇番〇号									
	(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												

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…		☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 焼失						
2 限度額適用・標準負担額減額認定		6 再交付				☒ その他						
3 標準負担額減額認定 (※69歳以下のみ)						更 新						
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)		コクホ ハナコ			続 柄		
阪 国		住		0 1 2 3 4 5		氏 名		国保 花子			妻	
生年月日		昭和 平成		令和 元年 1月 1日		個人番号		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)					受付・適用確認 申請書入力 納付確認 審 査 通 知							
ア 区分ア		カ 現役並みⅡ		☐ 完納 ☐ 滞納								
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)												

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) 7年 1月 4日から		名 称		年 月 日	
平成(令和) 7年 6月 30日まで (178日)		大阪国保病院		大阪市北区 淀屋橋〇-〇-〇	
平成・令和 年 月 日から				長期入院該当日(91日目該当日)	
平成・令和 年 月 日まで (日)				平成 令和 年 月 日	
平成・令和 年 月 日から				長期入院該当認定日	
平成・令和 年 月 日まで (日)				平成 令和 年 月 日	
平成・令和 年 月 日から				決裁(認定)日	
平成・令和 年 月 日まで (日)				平成 令和 年 月 日	
平成・令和 年 月 日から				認定証交付(変更)日	
平成・令和 年 月 日まで (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	☐ 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 ☐ その他
					(理由) ()			