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。

※　マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

※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		
（ﾌﾘｶﾞﾅ） 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		（ﾌﾘｶﾞﾅ）		続柄
阪国		氏　名		
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　　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
		□ 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	保険医療機関等 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

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
	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏　名		日中連絡の取れる電話番号　－　－		□ 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

決裁	課　長	課長代理	係　長	係　員

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）