

| | | | | | | |
|------------------|-----------|--------------------------------------|---|------------------|---------------|-------------------------|
| 国 保 記 分 | 認定区 | 高額療養費限度額適用 | ア イ ウ オ | 現役 I エ 低 I | 現役 II 低 II | 上位所得者 一般所得者 非課税世帯 |
| | 食事療標準負担減額 | | 基本 = 1. 非課税世帯 長期入院 = 1. 該 当 2. 非 該 当 | | | |
| | | ① 年度更新 ② その他(初回申請) ③ 再交付 ④ 住所(氏名)変更等 | | | | |
| 欄 | 発行期日 | 令和 年 月 日 | 有効期限 | 令和 年 月 日 | | |
| | 種別 | 甲・乙・家 | 資格取得 | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| | 備考 | | | | | |

| |
|------|
| 整理番号 |
| 年度 |
| — |

受付印

**限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額**

| | | | | | |
|-----------------------|---------------|----|------------|-------------|-----------------|
| 本 人 記 入 欄 | 被保険者の 記号番号 | 整国 | 対象者の 氏名 | 枝番 | 組合員 との 続柄 |
| | | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | |

A 基本申請 ; 今回入院または通院(予定含む)している保険医療機関などを記入してください。

| | | | |
|------------------|------------|-----------|---------|
| 人 記 入 欄 | 保険医療 機関 | 所在地 名称 | 使用開始年月日 |
| | | TEL () | 年 月 日 |
| | | | |

B 長期入院 ; 申請月を含む前12ヶ月以内に90日以上入院した場合にはその入院歴を最初から順に記入してください。

| | | | |
|------------------|------------|-----------|--------|
| 人 記 入 欄 | 保険医療 機関 | 所在地 名称 | 年 月 日～ |
| | | TEL () | 年 月 日 |
| | | | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(〒 -) TEL () -

住所

組合員(申請人)

氏名

印

緊急連絡先 () -

氏名

続柄

親族()

その他()

大阪府整容国民健康保険組合理事長殿

【添付書類】●市民税・府民税課税証明書

※マイナンバーにより加入者全員の所得確認可能な世帯のみ課税証明書の提出は省略とします。

※課税証明書の提出の有無に関しては、事前に当国保組合へお電話にてご確認ください。

※郵送で申請される方 認定証の送付先(簡易書留で送付) 自宅・店・その他
(いずれかに○をしてください(記載(指定)がなければ登録自宅宛に送付します))

※自宅以外の場合は右欄の
送付先をご記入ください

宛名(氏名(様方)・店名等)は必ずご記入下さい
注!!)記載省略の場合、世帯主氏名宛の送付
となり、『宛所なし』で戻ってくる場合があります

〒 -

住所

宛名

御中 / 様