【 記 入 例 】

国
保
記
入
欄

記入しないで
ください

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。

※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。
※ 所得の確認ができない方がいる世帯は区分Aになります。

本
人

記

入

欄

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						
被保険者の 記号番号	整国 ●●●●●	対象者の 氏名	整国 花子	枝番 02	組合員 との 続柄	妻
		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。						
保険医療 機 関	所在地 名 称	大阪市北区〇〇〇-◇◇-×		使用開始年月日		
	TEL	06 (※※※※) ◆◆◆◆		★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(通院)される日付をご記入ください。分かる範囲で結構です						
保険医療 機 関	所在地 名 称	()		入院・入院中		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日						
組合員(申請人)		住所	(〒 530 - 0042)	TEL 06 (□□□□) ◎◎◎◎		
		氏名	大阪府大阪市北区天満橋 * * * - ◇◇			
		緊急連絡先 氏名	整国 太郎	整国		
		氏名	(090) ×××× - △△△△	続柄 親族(子)		
			整国 一郎	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下さい。

※郵送で申請される方

認定証の送付先(簡易書留で送付します)

自宅 ・ 店 ・ その他

(記載なければ自宅に送付します)

(いずれかに○をしてください)

※自宅以外の場合は必ず右欄の
送付先(住所・宛名)をご記入ください

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

〒 530 - 0042

住所 大阪市北区天満橋〇-×-△△ビル1F

宛名 理容整国 整国 太郎

御中 / 様