

【 記 入 例 】

国 保 記 入 欄	認定区分	ア イ 現役Ⅰ 現役Ⅱ 上位所得者			者 情	整理番号
	発行期	記入しないでください			日	年度
	種別				日	—
	備考					

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						
被保険者証の 記号番号	整国 ●●●●●●	対象者の 氏名 生年月日	整国 花子 昭・平・令 △△年 ☆月 ××日	枝番 02	組合員 との 続柄	妻
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 TEL	大阪市北区〇〇〇-◇◇-× □□附属 △△△△病院 06 (※※※※) ◆◆◆◆			使用開始年月日 ★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記載してください。						
保険医療 機 関	所在地 名 称 TEL	()			入院・入院中	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (〒 530 - 0042) TEL 06 (□□□□) ◎◎◎◎ 住 所 大阪府大阪市北区天満橋 * * * - ◇◇ 保険証の世帯主 氏名 整国 太郎 (整国) 緊急連絡先 (090) ×××× - △△△△ 氏名 整国 一郎 続柄 親族(子) 大阪府整容国民健康保険組合理事長殿 続柄 その他()						

【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	整容整国 整国 太郎 御中 / 様