

決 裁	事務長		担 当	

整理番号
年度
—

受 付 印

(この欄は記入しないで下さい)

(注) 標準負担減額における「長期入院」に係る申請をする際には

伺 下記のとおり 認 定 してよろしいか。						
令和 年 月 日						
認 定 区 分	限 度 額 適 用	ア・イ・ウ・エ・オ				
		現役並み I・II 低所得 I・II 1. 非課税世帯 / 2. 生活保護申請却下				
分	標 準 負 担 減 額	基 本 = 1. 非課税世帯 2. 生活保護申請却下				
		長期入院 = 1. 該 当 2. 非 該 当				
	ア. 初回申請・年度更新・限度額適用区分の変更 イ. 長期入院による標準負担額減額の変更					昭 平 令 年 月 日
発効 期日	令和 年 月 日	有効 期限	・年度末 ・年度末までに70歳到達	令和 年 月 日	種 別	事・従・家
備考						

(注) 又、すでに『減額認定証』や『適用・減額認定証』をお持ちの場合はその証も添付して下さい。

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			適 用 ・ 減 額 対 象 者 の 氏 名 及 び 性 別				組 合 員 と の																
記 号	浴 国	生 年 月 日		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日		続 柄																	
番 号	個 人 番 号 (マイナンバー)																						
琦. 長期入院: 申請月を含む前12か月以内に90日以上入院した場合にはその入院歴を最近から順に記入して下さい																							
①	所在地	----- Tel -----				年 月 日から		日 間															
	保 険 医 療 機 関 名 称	()				年 月 日まで																	
②	所在地	----- Tel -----				年 月 日から		日 間															
	保 険 医 療 機 関 名 称	()				年 月 日まで																	
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 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>個 人 番 号 (マイナンバー)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様												個 人 番 号 (マイナンバー)											
個 人 番 号 (マイナンバー)																							

※ 限度額適用及び標準負担減額を認定するためには、**世帯全員の所得額等の確認**が必要となります。
 [認定申請は ①入院など高額な診療を受ける場合 ②前の申請と異なる年度で受診する場合 ③同年度内において保険加入者が
 増えた場合 等に申請して下さい。]

・[所得額等]の確認方法
平成30年10月から開始された、マイナンバーを使用した情報連携にて世帯全員の所得額等を確認します。

* 上記の確認方法で、所得額等が照会できなかった場合は、本国保組合からご連絡いたしますので、住所地の市(区)町村で交付される
 「所得証明書」(全項目記載分・・・総所得額・課税標準額及び配偶者の有無や扶養家族等が記載されているもの)の原本を本国保組合
 まで送付お願いします。