

記入例

| |
|------|
| 整理番号 |
| 年度 |
| — |

受付印

(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

「長期入院」に該当する場合はその証明も添付して下さい。

(この欄は記入しないで下さい)

| | |
|-----------------------|------------------|
| 事務長 | 担当 |
| 決裁 | |
| 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 | ア・イ・ウ・エ・オ |
| 標準 | 記入しないでください。 |
| ア・イ | |
| 発効期日 | 昭 平 令 年 月 日 |
| 備考 | 資格取得 昭 平 令 年 月 日 |
| | 種別 事・従・家 |

| | |
|--|--------------------------------------|
| 国民健康保険 限度額適 標準負担額 限度額認定証が必要な方のお名前等を 限度額適用・標準額認定証でご記入ください。 | |
| 被保険者証の記号番号 | 適用・減額対象者の氏名及び性別 |
| 記号 浴国 ○○ | 浴場 花子 |
| 番号 ○○○-○○(枝) 01 | 生年月日 昭和・平成・令和 36 年 1 月 2 日 |
| | 組合員との続柄 妻 |
| | 個人番号(マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |
| 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 保険医療機関 名称 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |
| ② 所在地 保険医療機関 名称 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |
| 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (〒 556-0012) TEL (06) 6634-2510 住所 大阪市浪速区敷津東2-2-8 組合員(申請人) 氏名 浴場 太郎 世帯主のお名前をご記入ください。 ※従業員の場合は、従業員の世帯主のお名前をご記入ください。 個人番号(マイナンバー) 9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7 大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様 | |

※ 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。