

(この欄は記入しないで下さい)

決裁	会計常務	事務長	係長	担当

### 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

・欄に申請前1年間の入院歴を記入した上、申請して下さい。  
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。

伺 下記のとおりに認 定 してよろしいか。				平成 年 月 日		
認 定 区 分	限度額適用	ア・イ・ウ・エ				
	標準負担	記入しないでください。				
ア・イ	資格取得					昭平
発効期日	平成 年 月 日	期限	年度末までに70歳到達	平成 年 月 日	種別	事・従・家
備考						

<b>限度額適用</b> <b>国民健康保険 標準負担</b> <b>限度額適用・標準負担減額認定証</b>				限度額認定証が必要な方のお名前等をご記入ください。				・標準負担減額に係る長期入院に ・該当する ・該当しない		
被保険者証の記号番号		適用・減額対象者の氏名及び性別		浴場 花子		男・女	組合員との続柄	妻		
記号	浴国 ○○	生年月日	昭和平成 36年 1月 2日			女	続柄			
番号	○○○—○○○	個人番号(マイナンバー)								
・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					平成 年 月 日から	日間			
	保険医療機関名称	Tel ( )				平成 年 月 日まで				
②	所在地					平成 年 月 日から	日間			
	保険医療機関名称	Tel ( )				平成 年 月 日まで				
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 (〒 543-0071 ) Tel ( 06 ) 6772-3115 住所 <b>大阪市天王寺区生玉町9-3</b> 組合員(申請人) 氏名 <b>浴場 太郎</b>										
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				印
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、世帯全員の所得証明が必要となります。申請書に所得証明を添えて申請して下さい。[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。]

【所得証明】とは、次のものをいいます。

- 毎年6月以降に送られてくる住民税の「納税通知書」(総所得額・課税標準額及び配偶者の有無や扶養家族数等が記載されている面)のコピー
- 上記通知書が見当たらない方は、住所地の市(区)町村役場の「住民係」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数等が記載されているもの)の原本