

（この欄は記入しないで下さい）

決裁	専務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	主任	係

整理番号
年度
—

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	申請区分	1. 初回申請 ・ 資格変更 ・ 限度額適用区分の変更 2. 長期入院による標準負担額減額の変更	
	認 定 証 区 分	現役並みⅡ (課税所得 380万円以上690万円未満)	資 格 取 得 昭・平・令 年 月 日
		現役並みⅠ (課税所得 145万円以上380万円未満)	
		ア (旧ただし書き所得 901万円超)	
		イ (旧ただし書き所得 600万円超～901万円以下)	
ウ (旧ただし書き所得 210万円超～600万円以下)			
エ (旧ただし書き所得 210万円以下)	種 別		
オ Ⅰ・Ⅱ	1. 非課税世帯 2. 生活保護申請却下	事・従・家	
標準負担額減額	基 本 = 1. 非課税世帯 2. 生活保護申請却下 長期入院 = 2. 該 当 2. 非 該 当	證 明 發 行 期 間	
発行期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
備考			自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日

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

⑧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。

マイナンバーカードを保険証として利用する場合は手続きの必要はありません

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				・ 標準負担減額に係る長期入院に ・ 該当する ・ 該当しない
被保険者番号	枝番	適用・減額対象者の氏名	組合員との続柄	
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
④ 基本申請: 今回入院(予定)などで高額な診療となる保険医療機関名等を記入して下さい				
所在地			令和 年 月 日より	
保険医療機関名称	TEL ()		令和 年 月 日	(入院予定・入院中・通院など)
⑤ 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			令和 年 月 日から	
保険医療機関名称	TEL ()		日間	
			令和 年 月 日まで	
② 所在地			令和 年 月 日から	
保険医療機関名称	TEL ()		日間	
			令和 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			
大阪府食品国民健康保険組合理事長 殿				

※続紙(個人番号記入用)も記入願います。

◎限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付時または高額療養費申請時には世帯全員の総所得証明の提出が必要でしたが、情報連携により確認しますので提出する必要がなくなります。

ただし、確認できない場合、別途、世帯全員の総所得証明を提出していただきます。

【個人番号記入用】

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。

[記 入 欄]

住 民 票 住 所	
-----------	--

被 保 険 者 番 号												枝番		
組 合 員	個人番号 ※1 (マイナンバー)													
	氏 名													
	生 年 月 日	昭・平	年	月	日	性別	男・女							

被 保 険 者 番 号												枝番		
家 族	個人番号 ※1 (マイナンバー)													
	氏 名													
	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女							
	組合員との続柄													

被 保 険 者 番 号												枝番		
家 族	個人番号 ※1 (マイナンバー)													
	氏 名													
	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女							
	組合員との続柄													

※1:通知カード又は個人番号カードに記載の個人番号(12桁)をご記入ください。