（この欄は記入しないで下さい）

決裁	事務長		担当

記入例

整理番号
年度
－

受付印

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			
	標準				
	ア.			資格取得	昭 平 令　年　月　日
	イ.				
発効期日	令	期限	・年度末までに70歳到達	種別	事・従・家
備考					

記入しないでください。

（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

限度額適用
国民健康保険　標準負担額減
限度額適用・標準負担

限度額認定証が必要な方のお名前等をご記入ください。

被保険者記号番号			適用・減額対象者の氏名	浴場　花子	マイナンバーカードをマイナ保険証として利用登録の有無
記号	浴国　○○		生年月日	昭和・平成・令和 36 年 1 月 2 日	1.登録している 2.登録していない
番号	○○○－○○	(枝) 01	個人番号（マイナンバー）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	

埼. 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 保険医療機関	所在地 名称	TEL（　　）	年　月　日から 年　月　日まで　日間
② 保険医療機関	所在地 名称	TEL（　　）	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(世帯主)

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

埼欄に申請前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。

※ 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。