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

令和	年度				
被保険者記号番号		氏名	続柄		
東大	国	生年月日	昭・平・令	年	月 日
保険料滞納の有無		無・有（分納中・納付相談中・その他）			
認定証 送付先 <small>（入院先などに送る場合に使用）</small>	〒 住所		電話		
		名称			
令和 年 月 日					
(宛先) 東大阪市長		住所 東大阪市			
		申請人 (世帯主) 氏名		_____	
		電話		_____	

(注) 保険料に滞納がある場合は、承認できない場合があります。

※ ここから下は非課税世帯の方で、90日を超える長期入院該当の場合のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	_____
		所在地	_____
②	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	_____
		所在地	_____

マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える一部負担金の支払いが不要となり、住民税非課税世帯の場合は食事療養標準負担額が減額されます。
マイナ保険証をぜひご利用ください。(長期に入院されている場合の届出は別途必要です。)

市使用欄

	長期区分	承認区分	有効期間		交付日(長期該当日)	認定区分
申請 区分	長期非該当	承認・不承認	令和 年 月 日から	令和 年 月 日	_____	ア・イ・ウ・エ・オ
			令和 年 月 日まで			I・II・現I・現II
	長期該当	承認・不承認	令和 年 月 日から	令和 年 月 日	_____	ア・イ・ウ・エ・オ
			令和 年 月 日まで			(令和 年 月 日) I・II・現I・現II
起案日	令和 年 月 日	決裁欄	確認者	発行者	受付印	
決裁日	令和 年 月 日					