

課長	課長補佐	上席主査	主査	受付

下記のとおり認定証を
交付してよろしいか。



国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記号番号	大国 ー		対象者		
適用区分	現役	I (80,100円+1%) ・ II (167,400円+1%)		生年月日	昭和 年 月 日 (才)
	低	I (15,000) ・ II (24,600)	世帯主との続柄 本人・妻・子・その他()		
該当年月日	令和 年 月 日				

長期入院	該当 ・ 非該当	長期該当日	令和 年 月 日		
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日まで 計 日間			
	入院をした保険医療機関	名称			
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日まで 計 日間			
	入院をした保険医療機関	名称			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(あて先)大東市長

世帯主	住所	大東市
	氏名	Ⓜ
	個人番号	
	電話	

受付印

課税状況	J C	(課→住民税課税標準額 145万円以上・未満 → 円) (非→所得 有・無→年金収入80万円超・以下)
	J C	(課→住民税課税標準額 145万円以上・未満 → 円) (非→所得 有・無→年金収入80万円超・以下)
	J C	(課→住民税課税標準額 145万円以上・未満 → 円) (非→所得 有・無→年金収入80万円超・以下)

税	1. 完納 2. 滞納 ・ 税相談有 (担当者)	第三者行為	該当 ・ 非該当
---	---------------------------	-------	----------

●申請書を送付する前にご確認ください。

- 申請書の太枠内を全部記入しましたか。記入誤りはありませんか。
- 平日昼間に連絡のつく連絡先と電話番号を記入しましたか。
- 返送先を記入した封筒に82円切手を貼りましたか。
- 入院中の病院などを返送先に指定した場合、病院などの了解を得ましたか。
- 限度額適用認定証は、本市に申請書が到着してから1週間程度(ただし、8月更新分は8月10日頃)で発送します。
- 申請者の本人確認(免許証等)のコピーを同封して下さい。

●申請書の送付先

〒574-8555

大阪府大東市谷川1丁目1番1号

大東市保険年金課 給付・庶務グループ

限度額適用認定証担当 あて