

●太枠内をご記入ください。

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

記号番号	大国 ー	対象者 (認定証が 必要な方) 氏名	
適用区分	ア・イ・ウ (上Ⅱ・上Ⅰ・ーⅡ) エ・オ (ーⅠ)	生年月日	昭・平 年 月 日(才)
該当年月日	令和 年 月 日	世帯主との続柄	本人・妻・子・その他()

国民健康保険世帯の全員が非課税の世帯では、直近1年間で90日以上入院されている場合、入院時の食事代が下がります。入院日数のわかるもの(領収書等)を添付してください。

長期入院 (直近1年間で 90日以上入院)	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	令和 年 月 日～令和 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	令和 年 月 日～令和 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 <small>保険証に記載の 世帯主をご記入く ださい。</small>	住所	大東市	受付印
	氏名		
	個人番号		
	電話		
上記以外の連絡先・ 電話番号(平日昼に 連絡できる場所)			受付者

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

- 申請書のご提出が難しい場合、かわりにお電話で聞き取りをするなどして、認定証を交付できる場合があります。
(対象の方の状況により異なります。)
申請書の記入や提出が難しい・書き方がわからない場合、下記までお電話ください。

【お問い合わせ先】

大東市保険年金課 給付・庶務グループ
072-872-2181(内線3151~3153)
お電話可能日時:平日9:00~17:30

平日の日中お電話が難しい方は、ホームページのお問い合わせメールをご活用いただけます。

- 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 あて
