

●太枠内をご記入ください。

国民健康保険

限度額適用
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 (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 資格確認書等に 記載の世帯主を ご記入ください。	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)			

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。

●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