様式33号

整理番号

決裁	理事長	常務理事	事務局長	課　長	係　長	主　任	担当者

この欄は記入しないで下さい

伺　下記のとおり認定してよろしいか。　年　月　日

認定区分		
高額療養費限度額適用	・現役並みⅡ　課税所得380万円以上～690万円未満 ・現役並みⅠ　課税所得145万円以上～380万円未満	
	ア　901万円超　イ　600万円超～901万円以下 ウ　210万円超～600万円以下　エ　210万円以下	
	オ　・　Ⅰ　・　Ⅱ	1.　非課税世帯 2.　生活保護申請却下
食事療養標準負担減額	基　本 ＝ 1. 非課税世帯　2. 生活保護申請却下 長期入院 ＝ 1. 該　当　2. 非該当	

A.　初回申請　・年度更新　・高額療養費限度額適用区分の変更
B.　長期入院による食事療養標準負担額減額の変更
C.　記号番号の変更

発行期日	年　月　日	有効期限	年　月　日	資格取得	年　月　日
備考	外傷 ・ 外傷外				

（注）Bの食事療養における『長期入院』に係る申請をする際には

必ず怪我か病気を〇して下さい

限度額適用
標準負担額減額　認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証の記号番号	建国　〇〇　－　〇〇〇〇〇	被保険者氏名及び生年月日	大建　太郎 〇〇年 ××月 △△日生	男・女	組合員との続柄	本人
個人番号						

認定証が必要な方の氏名・生年月日を記入して下さい

A.　基本申請：保険医療機関について記入してください

保険医療機関	所在地	大阪市〇〇区〇〇1-1-1	〇〇 年 ×× 月 △△日 より
	名称	〇〇病院	

B.　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ください

保険医療機関	所在地	大阪市〇〇区〇〇1-1-1	〇〇 年 ×× 月 △△日から 〇〇 年 ×× 月 △△日まで	〇日間
	名称	〇〇病院		
保険医療機関	所在地		年　月　日から 年　月　日まで	日間
	名称			

Bの食事療養における『長期入院』に係る申請をする際には、Bの欄に申請前1年間の入院歴を記入した上、同期間の食事費用に対する『すでに『適用・減額認定証』をお持ちの場合はその証とを添えて、申請して下さ

上記のとおり、申請いたします。

〇〇年 ××月 △△日

記入日

住所　大阪市浪速区敷津西2-14-22
組合員
氏名　大建　太郎

組合員様の氏名を記入して下さい

大阪建設国民健康保険組合　理事長　殿

＊限度額適用及び標準負担額減額を認定する為、世帯全員の市・府民税課税証明書が必要。
＊同年度内において扶養家族が増えた場合（義務教育以上の方）、再度申請が必要。

31.4.1