

## 申請時の注意点

### (1) 郵送で申請する場合

郵送申請に必要なものは以下の通りです。

- ①申請書（2ページ目の見本を参照し、記入してください）
- ②世帯主の本人確認書類の写し（マイナンバーカード・運転免許証等）

上記2点を封筒に入れて、下記まで郵送してください。

送付先   ： 〒572-8555 大阪府寝屋川市本町1番1号  
寝屋川市役所 市民サービス部 国民健康保険担当

※封筒（宛先横）に「限度額適用・標準負担額減額認定申請書在中」と朱書きしてください。

申請書が届き次第、確認を行い限度額適用認定証を発送します。

なお、問い合わせすることがありますので、申請書の電話番号欄には繋がりやすい連絡先を必ず記入してください。

※限度額適用認定証は、申請月の初日からの発行となります。

遡っての発行は出来ませんので、郵送申請をご希望の際は郵送日数を考慮した上で申請してください。

### (2) 窓口で申請する場合

窓口申請に必要なものは以下の通りです。

- ①本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）
- ②マイナンバーがわかるもの（申請書にマイナンバーの記載が必要です）

上記2点を持参の上、寝屋川市役所1階の市民サービス部 国民健康保険担当2番窓口で限度額適用認定証の申請をしてください。

※窓口申請の場合は、窓口申請用紙があるため、事前に申請書の用意は不要です。

不明点あれば、下記までご連絡ください。

市民サービス部 国民健康保険担当   072-824-1181（代表）  
072-813-1182（直通）

網掛けの部分は必ず記載してください。  
【91日目該当日】は長期入院該当者のみ  
記入してください。

|                |         |                          |         |             |     |
|----------------|---------|--------------------------|---------|-------------|-----|
| 記号番号           | 記号      | 寝 国                      | 番号      | 0001234567  |     |
| 世帯主            | 住所      | 寝屋川市本町1番1号               |         |             |     |
|                | 氏名      | 国保 太郎                    |         | 性別          | 男・女 |
|                | 個人番号    | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇             | 生年月日    | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |     |
| 限度額適用<br>減額対象者 | 氏名      | 国保 花子                    |         | 性別          | 男・女 |
|                | 個人番号    | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇             | 生年月日    | △△年 △△月 △△日 |     |
|                | 世帯主との続柄 | 子 個人番号(マイナンバー)を記載してください。 |         |             |     |
| 長期入院           | 該当・非該当  |                          | 91日目該当日 | 年 月 日       |     |
| 種類             | 一般      |                          | 加害者の有無  | 有・無         |     |

|   |               |                                                   |  |   |    |
|---|---------------|---------------------------------------------------|--|---|----|
| 1 | 申請日の前1年間の入院日数 | 交通事故や傷害事件による負傷の場合のみ<br>有に○をして下さい。                 |  |   |    |
|   | 入院をした保険医療機関等  | 名 称                                               |  |   |    |
|   |               | 所在地                                               |  |   |    |
| 2 | 申請日の前1年間の入院日数 | 矢印の部分は非課税世帯の方で、90日を超える<br>長期入院該当の場合のみ記入してください。    |  |   |    |
|   | 入院をした保険医療機関等  | ※長期入院該当とは<br>非課税世帯の方で、過去12ヵ月の入院日数が<br>91日以上になる場合。 |  |   |    |
| 3 | 申請日の前1年間の入院日数 | 年 月 日まで                                           |  | 計 | 日間 |
|   | 入院をした保険医療機関等  | 名 称                                               |  |   |    |
|   |               | 所在地                                               |  |   |    |

(宛て先) 寝屋川市長

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

|   |   |   |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

|     |          |              |
|-----|----------|--------------|
| 世帯主 | 住 所      | 寝屋川市本町1番1号   |
|     | 氏 名 (署名) | 国保 太郎        |
|     | 電話番号     | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。  
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。  
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

交付番号(第 号)