

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

※所得区分	※世帯人数

被保険者証記号番号	85 - .								
組合員	住所								
	氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日	男・女
	マイナンバー (個人番号12桁)								
減額対象者	氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日	男・女
	マイナンバー (個人番号12桁)								
	組合員との続柄			傷病の原因	1.業務上 2.第三者行為 3.その他				
長期入院	該当・非該当 → 該当の方は下表①～③をご記入ください。								

①	申請日時点での入院 (予定)期間(日数)	平成	年	月	日	から	日間	
		平成	年	月	日	まで		
	入院(予定)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 入院期間(日数)	平成	年	月	日	から	日間	
		平成	年	月	日	まで		
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
③	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	平成	年	月	日	から	日間	
		平成	年	月	日	まで		
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						

上記のとおり、所得証明書類を添えて申請いたします。

平成 年 月 日

〒

住所

電話

申請人 氏名 _____ (組合員)

印

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

● 長期入院は、過去一年間の入院日数合計が九〇日以上の方が該当です。
 ● 被保険者が属する世帯の全ての被保険者について、所得を証明する書類(別紙参照)を添付して下さい。
 ● 申請日時点で保険料の滞納がないことが要件になります。
 ● ※のところは記入しないでください。

※ 決 裁		※ 処 理 欄		
常務理事	事務局長	被保険者 資格の有無	給付台帳	係 収 受
		有・無		
平成 年 月 日				

※受付日付印

(別紙)

限度額認定証の申請に必要な所得証明書

世帯全員の所得の合計で負担区分を決定しますので、薬剤師国保組合に加入している世帯全員(75歳以上の組合員は除く)について所得を証明する次の書類のいずれか一通を提出してください。

該 当 年 月	診療を受ける日			
	平成29年	平成30年		平成31年
	8月～12月	1月～7月	8月～12月	1月～7月
所 得 証 明 書	①平成29年度区市町村民税・都道府県民税 (普通徴収)納税通知書		①平成30年度区市町村民税・都道府県税 (普通徴収)納税通知書	
	②区市町村で発行する 平成29年度課税(非課税)証明書		②区市町村で発行する 平成30年度課税(非課税)証明書	

①はコピー可

①は、年度・氏名・総所得金額・扶養人数の欄が必要です。

②は納税証明書ではありませんのでご注意ください。

※住民税の課税状況によって負担区分を決定しますので、源泉徴収票や確定申告書では判定できませんのでご注意ください。

※所得がない方は、②非課税証明書を提出して下さい。

※年度の間違いにご注意下さい。

申請書に所得証明書を添付の上組合まで郵送してください。
書類に不備がなければすぐに交付してご自宅へお送りいたします。

《自己負担限度額》

区分	所得要件	限度額
ア	旧ただし書き所得 901万円超	252,600+ (総医療費-842,000)×1% 《4回目以降:140,100》
イ	旧ただし書き所得 600万～901万円以下	167,400+ (総医療費-558,000)×1% 《4回目以降:93,000》
ウ	旧ただし書き所得 210万円～600万円以下	80,100+ (総医療費-267,000)×1% 《4回目以降:44,400》
エ	旧ただし書き所得 210万円以下	57,600 《4回目以降:44,400》
オ	住民税非課税	35,400 《4回目以降:24,600》

旧ただし書き所得とは・・・総所得金額から基礎控除額(33万円)を引いた金額

旧ただし書き所得の計算

$$\boxed{\text{収入}} - \boxed{\text{必要経費}} = \boxed{\text{所得}} - \boxed{\text{基礎控除}} = \boxed{\text{旧ただし書き所得}}$$

総所得金額 33万円

ご不明な点がございましたら、係までお尋ね下さい。

給付係 TEL 03-3874-7411

書類送付先 〒110-0013 東京都台東区入谷1-6-6-207
東京都薬剤師国民健康保険組合