

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

※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 (組合員) 氏名 _____ (印)

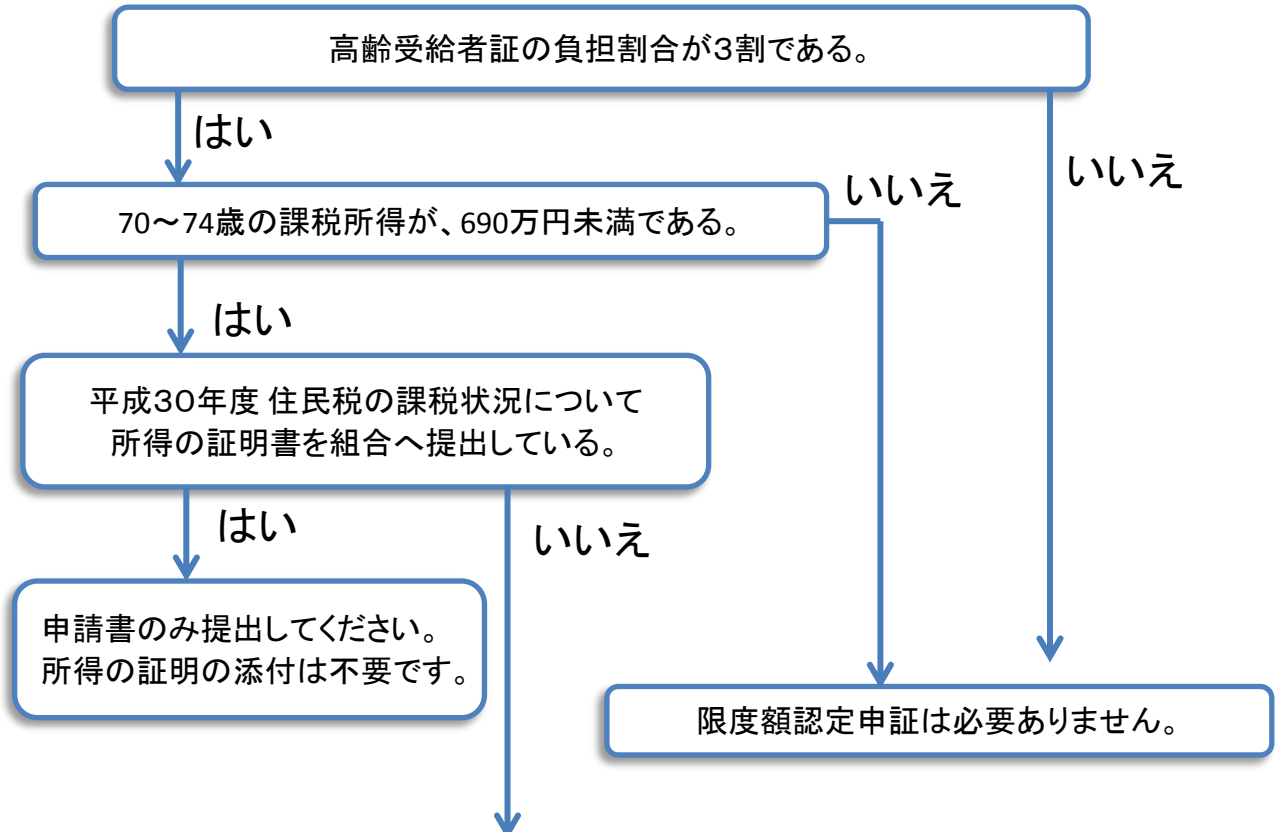
東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

※ 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

● 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。
● 別紙をよくお読みになり、該当する方は所得を証明する書類を添付して下さい。
● 申請日時点で保険料の滞納がないことが要件になっています。
● ※のところは記入しないでください。

限度額適用認定の申請について



70歳～74歳までの被保険者全員の所得証明書(下記のいずれか一通)を添付の上申請して下さい。

- ① 平成30年度 特別区民税・都民税 税額決定・納税通知書・・・6月頃薬局か自宅へ役所から郵送されています
- ② 平成30年度 課税(非課税)証明書・・・①がない場合は、役所で申請し、交付を受けてください

◇自己負担限度額◇

区分	課税所得	自己負担限度額
現役並みⅢ	690万円以上	252,600 + (総医療費 - 842,000) × 1%
現役並みⅡ	380万円以上690万円未満	167,400 + (総医療費 - 558,000) × 1%
現役並みⅠ	380万円未満	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1%

※現役並みⅠまたはⅡに該当する場合のみ限度額認定証の交付の対象です。