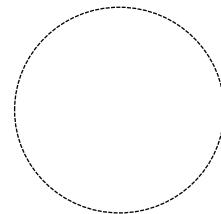


国民健康保険 限度額適用 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額



※受付日付印

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

下記のとおり、申請いたします。

申請年月日 令和 年 月 日

●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。  
●令和二年一月一日時点の住所により、所得情報を取りますので、組合員住所と異なる場合はご記入ください。  
●申請日時時点で保険料の滞納がないことが要件になっています。  
※の欄は記入しないでください。

被保険者証	記号	85-	番号		
組合員	住所	〒 - 電話番号(日中の連絡先)			
	氏名	⑩		生年月日	T.S.H.R 年 月 日
	マイナナンバー (個人番号12桁)			性別	男・女
減額対象者	氏名			生年月日	S. 年 月 日
	マイナナンバー (個人番号12桁)			性別	男・女
	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	
令和2年 1/1時点の住所	住所	組合員住所と異なる場合にご記入ください 〒 -			
送付希望先	住所	組合員住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください 〒 -			
	宛名		電話番号		
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)			年 月 日 から	日間
	入院(予定)をした保険医療機関等	名称	年 月 日 まで		
②	申請日の前1年間の 入院期間(日数)			年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日 まで		
③	申請日の前1年間の 入院期間(日数)			年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日 まで		

※処理欄※

被保険者 資格の有無	検印	担当者	係収受
有・無			

決 裁	常務理事	事務局長
	令和 年 月 日	

発効期日		有効期限	
所得区分	名簿入力	送付	
II 380万円以上		I 380万円未満	

## 《限度額適用認定証について(70歳以上)》

医療機関等の窓口でのお支払いが高額な負担となった場合は、あとから申請いただくことにより自己負担限度額を超えた額が払い戻される「高額療養費制度」があります。

しかし、あとから払い戻されるとはいえ、一時的な支払いは大きな負担になります。

「限度額適用認定証」を保険証と併せて医療機関等の窓口(※1)に提示すると、1ヵ月(1日から月末まで)の窓口でのお支払いが自己負担限度額まで(※2)となります。

限度額適用認定証の有効期限は、発効日以降の最初の7月31日までです。(※3)

※1 保険医療機関(入院・外来別)、保険薬局等それぞれでの取扱いとなります。

※2 同月に入院や外来など複数受診がある場合は、高額療養費の申請が必要となることがあります。保険外負担分(差額ベッド代など)や、入院時の食事負担額等は対象外となります。

※3 現在74歳の方は、75歳のお誕生日の前日までとなります。

## 《所得区分の判定及び自己負担限度額について》

薬剤師国保に加入している70歳以上の世帯全員(75歳以上の方を除く)の所得により下表のとおり区分を判定します。

8月1日～12月31日診療の場合・・・当年度の住民税課税状況(前年分の所得)

1月1日～7月31日診療の場合・・・前年度の住民税課税状況(前々年分の所得)

### ◇自己負担限度額◇

負担割合	区分	課税所得	自己負担限度額	
			外来(個人単位)	入院(世帯単位)
3割	現役並みⅢ	690万円以上	252,600 + (総医療費 - 842,000) × 1% (4回目以降 140,000)	
	現役並みⅡ	380万円以上690万円未満	167,400 + (総医療費 - 558,000) × 1% (4回目以降 93,000)	
	現役並みⅠ	380万円未満	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% (4回目以降 44,400)	
2割	一般	住民税課税世帯	18,000	57,600
	低所得Ⅱ	住民税非課税世帯	8,000	24,600
	低所得Ⅰ	住民税非課税世帯 (所得が一定以下)		15,000

※現役並みⅡ・現役並みⅠ・低所得Ⅱ・低所得Ⅰに該当する場合のみ限度額認定証の交付の対象です。

## 《申請の流れ》

申請書に必要事項を記入し、組合まで郵送してください。「限度額適用認定証」をご自宅へ郵送いたします。適用区分については、個人番号(マイナンバー)を利用し、情報連携を行い、所得情報を取得しますので、所得証明書等の添付は不要です。ただし、所得情報が取得できない場合は、所得証明書等の提出をお願いすることがあります。

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