

「国民健康保険限度額適用認定証」の交付申請について

70歳未満の方が、受診された医療機関の窓口で「限度額適用認定証」を提示することによって、**保険診療費の自己負担額が所得により区分された自己負担限度額まで**となります。

「限度額適用認定証」の交付につきましては、次の事項にご留意いただき当該認定申請書に係る書類を添付のうえ、医師国保組合にご申請下さい。

◆ 申請に必要な書類

1. 「限度額適用認定申請書」
2. 同一世帯で医師国保に加入しているすべての方の所得証明（裏面参照）ただし、基礎控除後の所得が901万円を超える世帯は、所得証明書の添付は必要ございません。

◆ 自己負担限度額（月額）について

区分	所得要件	3回目まで	4回目以降 (多数該当)	申請時の添付書類 (裏面参照)
ア	基礎控除後の所得 901万円超	252,600円＋（医療費－ 842,000円）×1%	140,100円	
イ	基礎控除後の所得 600万円超～901万円以下	167,400円＋（医療費－ 558,000円）×1%	93,000円	納税通知書または 課税証明書
ウ	基礎控除後の所得 210万円超～600万円以下	80,100円＋（医療費－ 267,000円）×1%	44,400円	納税通知書または 課税証明書
エ	基礎控除後の所得 210万円以下	57,600円	44,400円	納税通知書または 課税証明書
オ	住民税非課税	35,400円	24,600円	非課税証明書

◆ 医療機関窓口に表示するもの

ア～エの世帯	限度額適用認定証・被保険者証
オの世帯	限度額適用・標準負担額減額認定証・被保険者証

◆ 限度額適用認定証の有効期限

8月から翌年度の7月末日

◆ 注意事項

1. 「限度額適用認定証」（以下「認定証」）の有効期限が経過した場合は、医師国保組合宛にご返却下さい。
2. 「認定証」の交付を受けている被保険者が資格喪失する場合は、「資格喪失届」に「被保険者証」と「認定証」を添えてお届け下さい。
3. 「氏名・住所」の変更があった場合は、「氏名・住所変更届」に「被保険者証」と「認定証」を添えてお届け下さい。
4. 世帯構成に変更があった場合は、変更後の所得状況により自己負担限度額の区分が変更となる場合があります。その場合、あらためて所得証明等の書類をご提出いただきますのでご了承下さい。
5. 後期高齢者医療制度による医療を受けることに至った場合は、「認定証」をご返却下さい。
6. 「認定証」を提示しなかった場合、窓口での自己負担額は従来どおり3割（未就学：2割）となります。その場合、該当月の3ヶ月後に医師国保組合より対象者に「高額療養費支給申請書」をお送りいたしますのでご申請下さい。

「国民健康保険限度額適用認定申請書」に添付する 所得の証明に関する書類について

平成29年分の所得の証明として、下記の書類のいずれかを添付して下さい。

(お送りいただく書類は、同一世帯で医師国保に加入しているすべての方が対象です)

※ただし、基礎控除後の所得が901万円を超える世帯は、所得証明書の添付は必要ございません。限度額適用認定申請書のみご送付下さい。

1. 「平成30年度 市町村民税・県民税 納税通知書」のコピー

※【氏名】・【年度】・【総所得金額（課税前）】の記載があるページをコピーして下さい。

※【総所得金額（課税前）】の記載が次頁に分かれている場合がありますので、ご注意ください。

コピーが取れない場合は、原本をご送付下さい。医師国保組合で確認後、簡易書留にてご返却いたします。

2. 「平成30年度 給与所得等に係る市民税・県民税特別徴収額の決定通知書」のコピー

3. 「平成30年度 市町村民税・県民税 課税証明書」のコピー

※市区町村により、課税証明書に総所得金額の記載がない場合がありますので、市区町村窓口にて、「総所得金額（課税前）・非課税の記載がある証明書」とお伝え下さい。

※前年に収入が無かった方や、低額のため市町村・県民税の課税がなされない方は、「非課税証明書」をご送付下さい。

なお、この度添付いただく上記書類につきましては、「国民健康保険限度額認定証の交付」に係る確認書類として以外には用いないことを申し添えます。

◆ 個人番号の利用目的について

○当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

○各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の、目的以外で利用することはありません。

◇お問い合わせ先

千葉県医師国民健康保険組合

〒260-0026

千葉市中央区千葉港4番1号

TEL：043-242-4273

常務理事	事務長	担当者

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

記号	千医国	番号	申請年月日				年	月	日
組合員	住所	〒.....							
	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	電話番号				個人番号 (マイナンバー)				
限度額適用 減額対象者	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	組合員との続柄				個人番号 (マイナンバー)				
受診(入院等)予定期間			平成・令和 年 月から						
受診を予定する保険医療機関等			名称						
			所在地						

※太枠内をご記入下さい

受診される方のお名前をご記入ください

※申請日以前に、90日以上入院期間のある方は、ご記入下さい。

申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日から			
	平成・令和	年	月	日まで	日間		
入院をした保険医療機関等	名称						
	所在地						
長期入院	該当 ・ 非該当						

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・標準負担額減額認定証等の認定を申請します。

年 月 日

組合員(申請者)氏名 (印)

千葉県医師国民健康保険組合理事長 様

【個人番号の利用目的について】

○当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。 受付印

○各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

組合記入欄	認定方法	・納税通知書 ・課税証明書 ・その他
	適用区分	ア イ ウ エ オ / 現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ
	台帳	()