

組合員各位

神奈川県医師国民健康保険組合

国民健康保険限度額適用認定申請について

国民健康保険限度額適用認定申請書をお送りいたします。

太枠内に必要事項を記載の上、ご申請ください。

受付した月の初日から、原則翌7月末まで適用の限度額認定証をお送りいたしますので、医療機関等の窓口でご提示ください。

医療機関等の指示により、適用月を遡る場合は、その旨備考欄にご記入ください。

高齢受給者証をお持ちの方で【一般】と【現役並みⅢ】に属する方は、限度額適用認定証は不要です。

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 所得の証明について<br>(添付不要になりました) | 行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律により、個人番号(マイナンバー)を利用できる具体的な手続きの項目として、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第1号又は第2号の保険者の認定(限度額適用認定証の申請の確認)が定められておりますので、認定証が必要となる当該年の所得の証明について、情報連携により照会させていただきます。 |
|---------------------------|---|

※情報連携による照会を希望されない場合、医師国保にご加入中の世帯全員分の令和6年度市町村民税・県民税課税(非課税)証明書を添付してください。

情報連携による照会を希望される場合は、証発行までにお時間をいただく場合がございますので、ご了承ください。

□70歳未満の方の自己負担額(月額)

| 所得区分   | 自己負担限度額                     | 4回目以降の自己負担限度額 |
|--------|-----------------------------|---------------|
| 上位所得者ア | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% | 140,100円      |
| 上位所得者イ | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% | 93,000円       |
| 一般ウ    | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1%  | 44,400円       |
| 一般エ    | 57,600円                     | 44,400円       |
| 低所得者オ  | 35,400円                     | —             |

| 所得区分   | 外来+入院(世帯単位)                 |
|--------|-----------------------------|
| 上位所得者ア | 基礎控除後の年間所得が901万円超の方         |
| 上位所得者イ | 基礎控除後の年間所得が600万円超～901万円以下の方 |
| 一般ウ    | 基礎控除後の年間所得が210万円超～600万円以下の方 |
| 一般エ    | 基礎控除後の年間所得が210万円以下の方        |
| 低所得者オ  | 住民税非課税世帯の方                  |

□70歳～74歳の方の自己負担額(月額)

| 所得区分     | 自己負担限度額                     |             | 4回目以降の自己負担限度額 |
|----------|-----------------------------|-------------|---------------|
|          | 外来(個人単位)                    | 外来+入院(世帯単位) |               |
| 現役並み所得者Ⅲ | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% |             | 140,100円      |
| 現役並み所得者Ⅱ | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% |             | 93,000円       |
| 現役並み所得者Ⅰ | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1%  |             | 44,400円       |
| 一般       | 18,000円                     | 57,600円     | 44,400円       |
| 低所得者Ⅱ    | 8,000円                      | 24,600円     | —             |
| 低所得者Ⅰ    | 8,000円                      | 15,000円     | —             |

●一般・低所得者Ⅱ・Ⅰの方は年間の限度額(8月～翌年7月)は14.4万円となります。

★75歳到達月は、医師国保と後期高齢者制度の限度額がそれぞれ2分の1となります。

| 所得区分     | 外来+入院(世帯単位)  |
|----------|--|
| 現役並み所得者Ⅲ | 住民税の課税標準額が690万円以上の70歳以上の方、及びその同一世帯に属する方                    |
| 現役並み所得者Ⅱ | 住民税の課税標準額が380万円以上690万円未満の70歳以上の方、及びその同一世帯に属する方             |
| 現役並み所得者Ⅰ | 住民税の課税標準額が145万円以上380万円未満の70歳以上の方、及びその同一世帯に属する方             |
| 一般       | 現役並み所得者Ⅲ、Ⅱ、Ⅰ以外の住民税課税世帯の方                                   |
| 低所得者Ⅱ    | 世帯主及び世帯全員が住民税非課税の方   |
| 低所得者Ⅰ    | 世帯主及び世帯全員が住民税非課税で、世帯所得が一定基準以下の方<br>[例]年金収入のみの単独世帯で年収80万円以下 |

|   |                  |                  |  |              |       |        |
|---|------------------|------------------|--|--------------|-------|--------|
| 被保険者証記号番号                               |                  | 31-              |  |              | 送付先   | 自宅・勤務先 |
| 組合員                                     | 住所               | (電話)             |  |              |       |        |
|   | 氏名               | ①                |  | 生年月日<br>(西暦) | 年 月 日 |        |
|   | 個人番号<br>(マイナンバー) |                  |  | 年齢           | 歳     |        |
| 対象者<br><small>□組合員本人<br/>(必ず記入)</small> | 氏名               |                  |  | 生年月日<br>(西暦) | 年 月 日 |        |
|   | 個人番号<br>(マイナンバー) |                  |  | 年齢           | 歳     |        |
| 組合員との<br>続柄                             |                  | 第三者行為<br>(交通事故等) |  | 該当・非該当       |       |        |

※太枠内をすべてご記入下さい。

【個人番号(マイナンバー)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業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

下記の欄は、住民税非課税世帯の方で、直近12カ月間の入院日数が合計91日以上になる場合のみ記入してください。 ※入院の事実のわかる証明書(入院証明書・領収証等)を添付して下さい。

|   |               |      |   |        |   |    |    |
|---|---------------|------|---|--------|---|----|----|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間 | 西暦   | 年 | 月      | 日 | から | 日間 |
|   |               | 西暦   | 年 | 月      | 日 | まで |    |
|   | 入院をした保険医療機関等  | 名称   |   |        |   |    |    |
|   |               | 所在地  |   |        |   |    |    |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間 | 西暦   | 年 | 月      | 日 | から | 日間 |
|   |               | 西暦   | 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 | 西暦   | 年 | 月      | 日 | から | 日間 |
|   |               | 西暦   | 年 | 月      | 日 | まで |    |
|   | 入院をした保険医療機関等  | 名称   |   |        |   |    |    |
|   |               | 所在地  |   |        |   |    |    |
| ④ | 申請日の前1年間の入院期間 | 西暦   | 年 | 月      | 日 | から | 日間 |
|   |               | 西暦   | 年 | 月      | 日 | まで |    |
|   | 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 |   |    |    |

|          |                                     |     |    |    |     |   |
|----------|-------------------------------------|-----|----|----|-----|---|
| 適用区分     | 現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰ・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ<br>ア・イ・ウ・エ・オ |     |    |    |     |   |
| 決裁       | 常務理事                                | 事務長 | 次長 | 主幹 | 副主幹 | 係 |
|          |                                     |     |    |    |     |   |
| 年 月 日 決定 |                                     |     |    |    |     |   |

受付日付印

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 令和6年1月1日現在の住所<br>※現住所と同一の場合は記入不用 |  |
|----------------------------------|--|

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| 限度額適用認定書<br>送付希望先住所<br>※自宅・勤務先以外の場合 | 〒 — |
| 宛 名                                 |     |
| 上記送付先を希望する理由                        |     |

|       |  |
|-------|--|
| 備 考 欄 |  |
|-------|--|

太枠内に必要事項を記載の上、ご申請ください。

受付した月の初日から適用の限度額認定証をお送りいたしますので、医療機関等の窓口でご提示ください。医療機関等の指示により、適用月を遡る場合は、その旨備考欄にご記入ください。

高齢受給者証をお持ちの方で【一般】と【現役並みⅢ】に属する方は、限度額適用認定証は不要です。

また、マイナ保険証をご利用の方は、限度額適用認定証は不要になります。事前申請の必要もございませんので、ぜひご利用ください。

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 所得の証明について<br>(添付不要になりました) | 行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律により、個人番号(マイナンバー)を利用できる具体的な手続きの項目として、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第1号又は第2号の保険者の認定(限度額適用認定証の申請の確認)が定められておりますので、認定証が必要となる当該年の所得の証明について、情報連携により照会させていただきます。 |
|---------------------------|---|