

限度額適用認定申請について

申請により、「**限度額適用認定証**」を交付します。

医療機関の窓口で保険証と併せて「**限度額適用認定証**」を提示することにより、窓口での1ヶ月あたりの支払金額が所得に応じて下記表の適用区分の自己負担限度額までとなります。

なお、適用区分については、マイナンバーを利用した情報連携により照会し、判定します。

情報連携により所得情報が確認できない方については、所得証明書類の提出が必要となります。

組合へご提出いただく書類

限度額適用認定申請書

【70歳未満の方】

表1 国保世帯

(月額)

適用区分	基礎控除後の総所得	自己負担限度額	年4回目以降
上位所得者	ア 901万円超	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
	イ 600万円超～901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
一般	ウ 210万円超～600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
	エ 210万円以下	57,600円	44,400円
低所得者	オ 住民税非課税	35,400円	24,600円

70歳未満の方の所得の判定は、薬剤師国保に加入している世帯全員の基準所得額(基礎控除後の総所得金額等)を合算して判定します。世帯全員とは薬剤師国保に同一記号番号で加入している、70歳以上75歳未満の方を含む被保険者全員のことで。

【70歳以上75歳未満の方】

70歳以上の方は保険証と併せて「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関での支払金額が所得に応じた限度額までとなります。

ただし、適用区分が「現役並みⅠ・Ⅱ」「低所得Ⅰ・Ⅱ」の方は、併せて「限度額適用認定証」の提示が必要なため、申請により証を交付します。

適用区分が「一般」「現役並みⅢ」の方は限度額適用認定証は発行されません。申請は不要です。

表2 前期高齢者

(月額)

負担割合	適用区分	課税所得	自己負担限度額		年4回目以降
			外来(個人単位)	世帯単位で入院と外来が複数ある場合は合算	
3割	現役並みⅢ	690万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%		140,100円
	現役並みⅡ	380万円以上690万円未満	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%		93,000円
	現役並みⅠ	145万円以上380万円未満	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%		44,400円
2割	一般	145万円未満	18,000円 [年間上限144,000円]	57,600円	44,400円
	低所得Ⅱ	住民税非課税	8,000円	24,600円	—
	低所得Ⅰ	住民税非課税		15,000円	—

■証の有効期限は毎年7月31日までとなり、8月以降の受診には再度申請が必要です。

■世帯構成の変更などにより区分が変更になったときは、新しい証を交付します。

■高額療養費は、保険診療による自己負担額を対象としますので、保険であつかわないもの(病室の差額ベット代、歯科の自費診療分等)は対象となりません。

返送用宛名ラベル ↓ 点線を切り取ってお使いください

〒540-0019

大阪市中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

国民健康保険

- 限度額適用
- 標準負担額減額
- 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証記号番号	薬国	-	-						
適用・減額対象者の氏名・生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				適用・減額対象者の個人番号（マイナンバー）				
入院・通院等認定証申請の目的	<input type="checkbox"/> 今後、入院・通院予定		<input type="checkbox"/> 退院済（ 月 日退院）						
	<input type="checkbox"/> 現在、入院中・通院中		<input type="checkbox"/> 年度更新申請		<input type="checkbox"/> 再交付申請				
初回申請適用希望年月（更新・再交付は記入不要）	令和 年 月 1 日から適用希望（※申請月の前月より前には遡れません）								
第三者行為又は業務上の事故	<input type="checkbox"/> 第三者行為に該当		<input type="checkbox"/> 業務上の事故に該当			<input type="checkbox"/> 非該当			
認定証の送付先 ※自宅、薬局(本店)以外に送付を希望の場合は送付先住所を記入してください。	<input type="checkbox"/> 自宅宛								
	<input type="checkbox"/> 薬局宛（本店）								
<input type="checkbox"/> その他（送付先住所 〒									

《長期入院》世帯の所得が低所得（住民税非課税世帯）の方で、申請月を含む過去12ヶ月間の入院日数が90日を超えると食事代が減額されます。対象の方のみ、以下に入院歴を最近から順に記入してください。

1	保険医療機関	名称		年 月 日より
		所在地		年 月 日まで 日間
2	保険医療機関	名称		年 月 日より
		所在地		年 月 日まで 日間
3	保険医療機関	名称		年 月 日より
		所在地		年 月 日まで 日間

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所 _____

(組合員) 氏名(自署) _____ 電話番号 () _____

申請者の個人番号（マイナンバー）

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

受付印	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		発効期日	令和 年 月 日		
		現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		有効期限	令和 年 月 日		
	申請区分	<input type="checkbox"/> 初回申請 <input type="checkbox"/> 年度更新 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 世帯構成の変更 <input type="checkbox"/> 長期入院による変更		決裁	理事	事務長	課長	主担当	副担当
令和 年 月 日決定									