

国民健康保険限度額適用認定証の交付申請について

平素より本組合事業につきまして格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記認定証の交付申請書をご送付いたしますので、必要事項を記入・押印のうえ当組合までご返送ください。

なお、下記の所得区分ごとに毎月の限度額が異なります。この区分判定には社会保障・税番号制度（いわゆるマイナンバー）による情報連携により取得した住民税情報を用いますのでご了承くださいませようお願い申し上げます。

また、ご不明な点は組合宛お問い合わせくださいますようお願い申し上げます。

記

【所得区分と限度額】

区分	基礎控除後の世帯所得 ※1	ひと月の限度額 ※2
ア	901万円を超える世帯	252,600円＋（医療費－842,000円）×1% 〈多数回 140,100円〉
イ	600万円～901万円以下の世帯	167,400円＋（医療費－558,000円）×1% 〈多数回 93,000円〉
ウ	210万円～600万円以下の世帯	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数回 44,400円〉
エ	210万円以下の世帯	57,600円 〈多数回 44,400円〉
オ	住民税非課税の世帯	35,400円 〈多数回 24,600円〉

※1 「基礎控除後の世帯所得」とは、総所得－基礎控除43万円の額です。

※2 多数回とは、直近1年間に4回以上高額療養費に該当した場合に適用される上限額です

【留意事項】

※保険料の滞納がある組合員とその家族には、「限度額適用認定証」等は発行できません。

※世帯の所得は毎年変動するため、本証の有効期限は8月から翌年7月までとされています。そのため、継続して交付をうけるためには毎年再申請が必要となりますので、ご承知おきください。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

【照会先】

〒732-0057

広島市東区二葉の里3-2-4

広島県歯科医師会館 5F

広島県歯科医師国民健康保険組合

TEL:082-261-1718

記入例

国民健康保険

◎欄にご記入・ご捺印ください

広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

所得区分の判定には社会保障・税番号制度による情報連携により取得した住民税情報を用いることに同意し、下記のとおり申請します。

被保険者証番号											
組合員	住所										
	認定証送付先住所	〒									
	氏名	Ⓜ			生年月日	昭・平・令 年 月 日			男・女		
	個人番号										
限度額適用 認定者	氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日			男・女		
	組合員との続柄				入院(予定)期間	年 月 日～ 年 月 日					
	個人番号										
長期入院	該当・非該当			連絡先電話番号		-					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から						日間			
	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							日間			
	入院をした保険医療機関等	①～④			該当がない場合記入不要						
③	申請日の前1年間の入院期間							日間			
	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(日数)	令和 年 月 日から						日間			
	入院をした保険医療機関等	名称									
		所在地									

令和 年 月 日

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に	記入・証明不要	市区町村長名	印
----------	---	----------------	--------	---

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

広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

所得区分の判定には社会保障・税番号制度による情報連携により取得した住民税情報を用いることに同意し、下記のとおり申請します。

被保険者証番号												
組 合 員	住 所											
	認定証送付先住所 〒											
	氏 名	Ⓜ		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女			
	個人番号											
限度額適用 認 定 者	氏 名			生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女			
	組合員との続柄			入院(予定)期間		年	月	日	～	年	月	日
	個人番号											
長期入院	該当 ・ 非該当			連絡先電話番号	— —							
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）			令和 年 月 日から		日間						
	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（日数）			令和 年 月 日から		日間						
	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）			令和 年 月 日から		日間						
	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（日数）			令和 年 月 日から		日間						
	入院をした保険医療機関等			名 称								
			所在地									

令和 年 月 日

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、
 高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
 限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
 マイナ保険証をぜひご利用ください。
 ※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯に属する被保険者に _____ 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____ <div style="text-align: center;"> 市区町村長名 印 </div>
-----------------	--