

高額療養費の現物給付化について

70歳未満の方は別紙、「国民健康保険限度額適用認定申請書」をご提出いただくことにより、後日「限度額適用認定証」を交付いたしますから、療養を受ける医療機関に被保険者証とともにご提示ください。

なお、限度額認定証の適用区分の欄には、所得の区分に従って「ア」「イ」「ウ」「エ」「オ」の記号が記載されます。

「ア」：上位所得者の世帯（世帯全ての被保険者の基準所得額の合計が901万円を超える世帯）

「イ」：上位所得者の世帯（世帯全ての被保険者の基準所得額の合計が600万円を超え901万円以下の世帯）

「ウ」：一般の世帯（世帯全ての被保険者の基準所得額の合計が210万円を超え600万円以下の世帯）

「エ」：一般の世帯（世帯全ての被保険者の基準所得額の合計が210万円以下の世帯）

「オ」：低所得者の世帯（世帯全ての被保険者の市町村民税が非課税の世帯）

【別表】自己負担限度額（70歳未満の方）

（平成27年1月現在）

所得区分		一か月当たりの自己負担限度額		多数該当の場合
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		24,600円

※多数該当：過去12か月に3回以上高額療養費の支給を受け、4回目の支給に該当の場合

また、平成30年8月1日から法改正に伴い70歳以上の方も別紙、「国民健康保険限度額適用認定申請書」をご提出いただくことにより、後日「限度額適用認定証」を交付いたしますから、療養を受ける医療機関に被保険者証とともにご提示ください。

なお、限度額認定証の適用区分欄には、所得の区分に従って「現役並みⅡ」「現役並みⅠ」の記載がされます。

「現役並みⅡ」：（世帯の全ての被保険者の課税所得額が380万円を超え690万円未満の世帯）

「現役並みⅠ」：（世帯の全ての被保険者の課税所得額が145万円を超え380万円未満の世帯）

【別表】自己負担限度額（70歳以上の方）

（平成30年8月現在）

所得区分		一か月当たりの自己負担限度額			多数該当の場合
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
一般		外来	18,000円	57,600円	44,400円
低所得者	Ⅱ	外来	8,000円	入院・世帯単位	24,600円
	Ⅰ				15,000円

※多数該当：過去12か月に3回以上高額療養費の支給を受け、4回目の支給に該当の場合

～ 注 意 事 項 ～

※ 認定証は、保険料の滞納の無い世帯だけに交付されます。

※ 基準所得額の確認につきましては、居住する市町村が発行する「令和4年度所得証明書」（[証明書の内容は令和4年中の所得](#)）により行いますが、次の帳票でも結構です。

○市町村民税県民税納税通知書の課税標準額の記載のある頁のコピー

○確定申告の控え

○所得税源泉徴収票

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

認定対象者	被保険者証	記号	医	番号									
	被保険者の個人番号												
	氏名							組合員との続柄					
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女						

申請日から前1年間に入院したことが						ある・ない						
「ある」の方のみご記入ください	入院期間と(日数)と入院をした保険医療機関等											
	①	入院期間(日数)	平・令	年	月	日から	日間					
		入院をした保険医療機関等	平・令	年	月	日まで						
			名称									
			所在地									
	②	入院期間(日数)	平・令	年	月	日から	日間					
		入院をした保険医療機関等	平・令	年	月	日まで						
			名称									
			所在地									
	③	入院期間(日数)	平・令	年	月	日から	日間					
入院をした保険医療機関等		平・令	年	月	日まで							
		名称										
		所在地										
入院日数合計 (日間)		長期入院(入院日数が90日超)				該当・非該当						

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住所

組合員

氏名

⑩

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

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が免処されます。
 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。

※ 所得区分判定のため、世帯の合計所得を証明する書類を添付してください。

組合使用欄	令和4年所得	円	適用区分	
-------	--------	---	------	--