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5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 | | | | | | |
|  | 入院期間(日数) | 平・令　　　年　　　月　　　日から  平・令　　　年　　　月　　　日まで | | | | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  | | |  |
| 所在地 |  | | |  |
|  | 入院期間(日数) | 平・令　　　年　　　月　　　日から  平・令　　　年　　　月　　　日まで | | | | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  | | |  |
| 所在地 |  | | |  |
|  | 入院期間(日数) | 平・令　　　年　　　月　　　日から  平・令　　　年　　　月　　　日まで | | | | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 組合員 | 住　所  氏　名 | ㊞ |

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。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 組合使用欄 | 令和5年所得　　　　　　　　　　　　　　円 | 適用区分 |  |

* 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。