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。

医療機関の窓口で資格確認書または保険証等と併せて**「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、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。

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す。

【70歳以上75歳未満の方】

70歳以上の方は資格確認書または保険証等と併せて「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」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示が必要なため、申請により認定証を交付します。

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。

なお、マイナ保険証をお持ちの方は、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。

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	—

■認定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、新しい認定証を交付します。

■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

近畿薬剤師国民健康保険組合
〒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　☎（06）6946 － 9151

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

被保険者記号番号	薬国					ー				ー			
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	□今後、入院・通院予定　□退院済（　月　日退院） □現在、入院中・通院中　□年度更新申請　□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	□第三者行為に該当　□業務上の事故に該当　□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。	□自宅宛 □薬局宛（本店） □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

上記のとおり申請いたします。

令和　年　月　日

申請者（組合員）　住所

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

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。

※（事務処理欄）

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