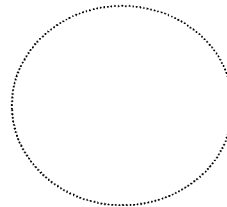


神奈川県薬剤師国民健康保険組合
国民健康保険 限度額適用
限度額適用・標準負担額減額 認定申請書



※太線内の必要箇所に記入し、□には該当するものに✓を入れてください。

被保険者証記号番号		34 -											
限度額適用対象者	氏名						生年月日	昭・平・令			年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)										組合員との続柄		
療養予定期間 (不明の場合は空欄でも可)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
傷病原因	第三者の行為(交通事故等)または勤務中(通勤中)によるものですか？ □はい □いいえ												
※世帯の所得が低所得(住民税非課税世帯)の方のみ記入してください。													
1 申請日の前1年間に合計91日以上入院されましたか？ □はい(合計日数 日) □いいえ													
2 1で「はい」と答えた場合、その医療機関及び入院期間を記入してください。													
医療機関名													
医療機関所在地													
入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日													
認定証の送付先	☐ 事業所宛 (本店・支店 店) ☐ 自宅宛 ☐ その他 (住所 TEL)												
日中の連絡先	TEL () ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ その他() ※連絡先が組合員以外の場合 氏名 (組合員との続柄)												
上記のとおり申請します。													
令和 年 月 日													
神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様													
〒													
組 合 員 住 所													
氏 名													
個人番号 (マイナンバー)													
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。													

決 裁	理事長	常務理事	事務長	主幹	係

発効期日	
有効期限	
長期入院	該当 ・ 非該当
所得合算額	万円
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

「国民健康保険限度額適用認定証」の申請について

申請により、「国民健康保険限度額適用認定証」(以下「認定証」という。)を交付します。

医療機関に「保険証」とともに「認定証」を提示していただくと、窓口での1か月あたりのお支払いが所得に応じて下記の適用区分(ア～オ)の自己負担限度額までとなります。

なお、適用区分につきましては、個人番号を用いて情報連携から取得した令和6年の所得情報により判定いたしますので、申請書のみを組合宛にご送付ください。

ただし、個人情報の利用停止請求をされている場合等、情報連携による所得の確認ができない場合は所得証明書類の提出が必要になります。

(ご注意) ○発行期日は申請月の初日からとなります。(前月に遡っての発行はできません。)

○「認定証」は普通郵便で送付します。

※ 受領印が必要な送付方法をご希望の方は、その旨を申請書の左上に記載してください。

○保険料の滞納がある場合は「認定証」を交付できないことがあります。

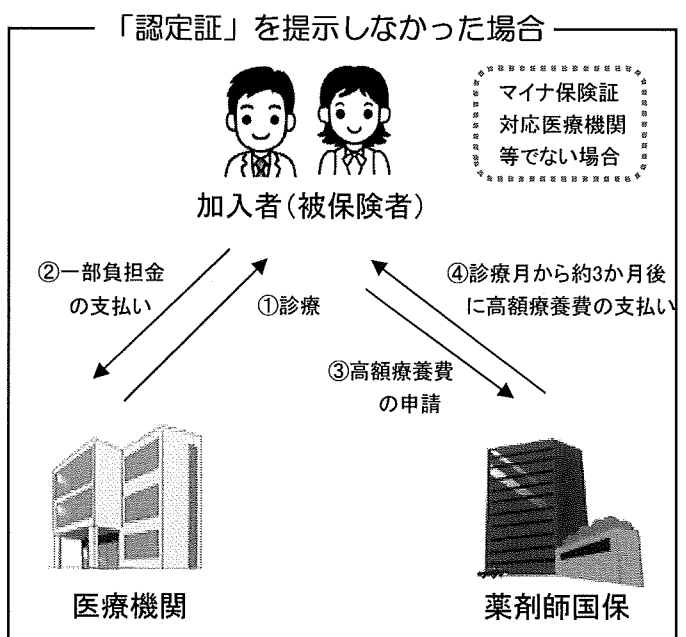
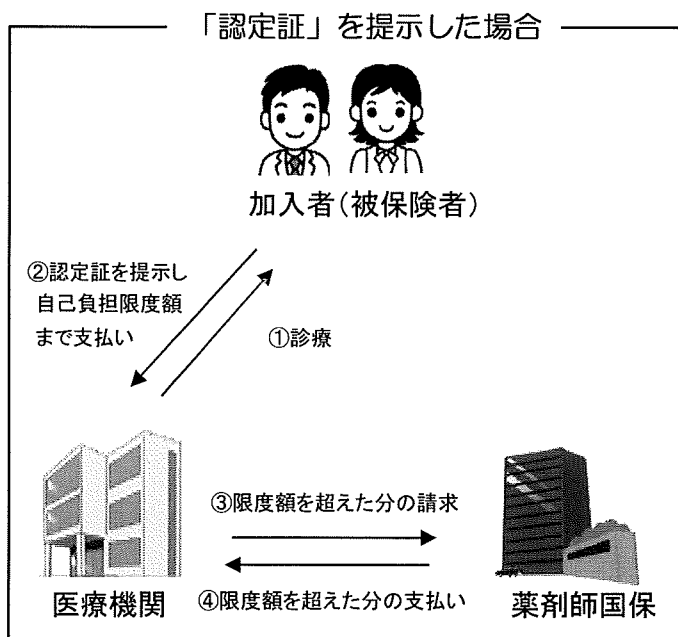
○毎年8月に適用区分の見直しがあるため、認定証の有効期限は7月末までとなります。

◆一部負担金の自己負担限度額

限度額適用認定証適用区分	所得区分	自己負担限度額	年4回目以降の限度額
ア	* 所得901万円超	252,600円＋ (医療費－842,000)×1%	140,100円
イ	* 所得600万円超～ 901万円以下	167,400円＋ (医療費－558,000)×1%	93,000円
ウ	* 所得210万円超～ 600万円以下	80,100円＋ (医療費－267,000)×1%	44,400円
エ	* 所得210万円以下	57,600円	44,400円
オ	低所得者 (住民税非課税世帯等)	35,400円	24,600円

* 所得は被保険者(本人・家族)それぞれの所得(総所得金額-基礎控除額)を合算した額です。

◆お支払いの流れ



※マイナ保険証対応医療機関等の窓口でマイナ保険証を利用すれば、1か月のお支払いが自己負担限度額までとなり、「認定証」の提示は不要です。