

## 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「令和元年度所得証明書」（[証明書の内容は平成30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		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							
	②	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							
	③	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

住所

組合員

氏名

印

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 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	平成30年所得	円	適用区分	
-------	---------	---	------	--