

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 5 年度所得証明書」（[証明書の内容は令和 6 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 平・令	年 年	月 月	日から 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 平・令	年 年	月 月	日から 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 平・令	年 年	月 月	日から 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

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。
※ 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 6 年所得	円	適用区分	
-------	----------	---	------	--