

常務理事			事務長	係
庶務	会計	業務		

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

所得区分が「ア」以外の場合、所得を証明する書類の添付が必要です。

被保険者証 記号・番号	記号 長崎	番号 01000000	所得区分	ア・ イ ・ウ・エ・オ <small>(下段の所得区分を参照のうえ、ご記入ください)</small>	
組合員	氏名	国保 太郎		生年月日	42年 7月 8日 男 ・女
認定 対象者	氏名	国保 華子		生年月日	45年 6月 9日 男・ 女
	組合員との続柄	妻		長期入院 <small>(非課税世帯のみ)</small>	該当・非該当 <small>(12ヵ月以内の入院日数が90日を超える場合、該当)</small>
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 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	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 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	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり申請します。

平成 28年 9月 10日

組合員

〒 000-0000

住所 長崎市〇〇町〇〇番〇〇号

氏名 国保 太郎



長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 所得区分参照

区分	所得要件	自己負担限度額	
			多数回該当
ア	基礎控除後の所得 901万円超	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
イ	基礎控除後の所得 600万円超 ~ 901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
ウ	基礎控除後の所得 210万円超 ~ 600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
エ	基礎控除後の所得 210万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税	35,400円	24,600円

注意 所得区分で「ア」以外の場合は、所得証明書等の添付が必要です。添付がない場合は「ア」の所得区分で取り扱います。多数回該当とは、過去12ヵ月に、同じ世帯で高額療養費の支給が4回以上あった場合の、4回目から適用される限度額です。