

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。

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

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者記号番号	佐歯・		
組合員氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
住 所	〒 Tel — —		
送付希望先	勤務先 ・ 上記住所	診療開始年月 (減額適用年月)	令和 年 月より

【限度額適用対象者】

氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
マイナンバー			組合員との続柄

※事務局記入欄

常務理事	事務長	係	区分登録	判定所得区分
				ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ

入院時及び外来診療時に「限度額適用認定証」を提示すると、窓口での支払いが下記の限度額までになります。限度額を超えた分は医療機関が歯科医師国保組合に請求します。

認定証の有効期限は、申請した月の初日から、翌年の7月末日（申請した月が1月から7月までの場合はその年の7月末日）までとなります。

※国民健康保険料の滞納がある場合は「限度額適用認定証」の交付ができません。

※「マイナ保険証」で医療機関を受診する場合は、限度額適用認定証交付の手続きは不要です。

自己負担限度額(月額)

《70歳未満》 ※世帯単位

所得区分	所得要件 (基礎控除後の所得金額)	自己負担限度額
ア	901万円超	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 〈過去1年間で4回目から 140,100円〉
イ	600万円超~901万円以下	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 〈過去1年間で4回目から 93,000円〉
ウ	210万円超~600万円以下	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈過去1年間で4回目から 44,400円〉
エ	210万円以下	57,600円 〈過去1年間で4回目からは 44,400円〉
オ	住民税非課税世帯	35,400円 〈過去1年間で4回目からは 24,600円〉

《70歳以上》

所得区分	所得要件	自己負担限度額	
		外来(個人単位)	入院(世帯単位)
現役並みⅢ	課税所得 690万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 〈過去1年間で4回目から 140,100円〉	
現役並みⅡ	課税所得 380万円以上690万円未満	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 〈過去1年間で4回目から 93,000円〉	
現役並みⅠ	課税所得 145万円以上380万円未満	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈過去1年間で4回目から 44,400円〉	
一般	課税所得 145万円未満	18,000円 〈年間上限 14.4万円〉	57,600円 (過去1年間で4回目から 44,400円)
低所得	Ⅱ 住民税非課税世帯で 低所得Ⅰに非該当	8,000円	24,600円
	Ⅰ 住民税非課税世帯で 世帯の各所得が必要経費・ 控除を差し引いた時0円 になる		15,000円

※70歳以上の認定証は、現役並みⅡ・Ⅰと低所得Ⅱ・Ⅰの方にのみ発行いたします。

記入例

《書類提出先》

〒840-0045 佐賀県佐賀市西田代2丁目5-24

佐賀県歯科医師国民健康保険組合 TEL 0952-28-7551

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。

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

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請いたします。

8桁の被保険者番号

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者記号番号	佐歯・ ○○○○○○○○		
組合員氏名	組 合 花 子	生年月日	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日
住 所	〒 ○○○-○○○ 佐賀市西田代▲丁目◆番地 Tel ○○○-○○○○-○○○○		
送付希望先	勤務先 ・ ○上記住所○	診療開始年月 (減額適用年月)	令和 ○ 年 ○ 月より

【限度額適用対象者】

氏 名	組 合 花 子			生年月日	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日									
マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8	7	6	組合員との続柄	本 人

※事務局記入欄

常務理事	事務長	係	区分登録	判定所得区分
				ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ