

# 限度額適用認定申請書 (70歳未満又は70歳以上の現役並み所得の方の高額療養費の現物のみ) の記入例

70歳未満又は70歳以上の現役並み所得の方 (市町村民税非課税世帯の方を除きます。) が、療養に係る高額療養費の現物給付を受けるとき

限度額適用

◎「限度額適用」を○で囲んでください。

## 第 種 食事療養・生活療養標準負担額減額 認定申請書

### 限度額適用・標準負担額減額

※ 適用区分	70歳未満	アイウエオ	70歳以上	現役並みⅡ	現役並みⅠ	低所得Ⅱ	低所得Ⅰ	( 年 月 まで)	
被保険者証記号・番号	71-1505	845	組合員	氏名	山下 昭一郎	事業所名	平河土木株式会社		
限度額適用減額対象者氏名	山下 由香子			性別	男・女	昭平	39年9月15日生		
個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△
個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△

※印欄は記入不要です。

◎被保険者証及び個人番号(マイナンバー)カード等をご確認のうえ記入してください。

長期入院	該当・非該当
------	--------

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	

◎療養に係る高額療養費の自己負担限度額適用認定のみを受けようとする場合は、記入不要です。

市町村長が証明する欄

1 下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の組合員及びその世帯に属する被保険者に 年度の市町村民税が課されないことを証明する。

2 当該減額対象者の属する世帯の減額区分は、( 非課税・基準額以下 ) であることを証明する。

平成 年 月 日

市町村長名

◎申請年月日、住所等を記入し、署名又は記名、捺印してください。ただし、組合員本人が署名した場合には、捺印を省略することができます。

上記のとおり申請します。

平成 △△年 △△月 △△日

郵便番号 114-0014

住 所 東京都北区南町1-8-15

氏 名 山下 昭一郎

電 話 (03) 3264 - 4376

組合員

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

◎日中連絡がとれる電話番号を記入してください。

### ◎ 添付書類等について

- 所得を証明する書類を提出してください。提出にあたっては次の諸点にご留意ください。
  - いずれも組合員と、組合員と同一世帯に属する家族全員の所得を証明する書類が必要となります。なお、適用対象者が70歳以上の現役並み所得者の場合においては、当該世帯に属する70歳以上の被保険者のみ必要となります。(70歳以上の方については、負担区分を決定する際にご提出いただいた書類で必要事項を確認できる場合がありますので、給付事務センターにご確認ください。)
  - 証明書の名称は市町村によって異なります。
  - 総所得額、所得控除額の内訳と年税額が記載されたものが必要となります。
  - 療養のあった月の属する年の前年(その月が1月から7月までの間の場合は、前々年)分の証明書が必要となります。

(例A) 平成29年8月から平成30年7月までの期間中の限度額適用認定の申請を行う場合

平成29年度所得・課税証明書 (平成28年所得分)

← 平成29年1月1日現在において住民登録されていた市町村役所(場)へ申請してください。

(例B) 平成30年8月から平成31年7月までの期間中の限度額適用認定の申請を行う場合

平成30年度所得・課税証明書 (平成29年所得分)

← 平成30年1月1日現在において住民登録されていた市町村役所(場)へ申請してください。

※なお、例Aから例Bに亘る期間分の申請を行う場合は、そのいずれもの証明書(平成28年所得分・平成29年所得分)が必要となります。

- ただし、組合員(納税者)が65歳未満の場合であって、同一世帯に属する家族全員が扶養家族となっている場合は、納税義務者用の市・県民税特別徴収税額決定通知書の写でも構いません。
- 事業主は、組合員から限度額適用認定申請の委託を受けたときは、申請書の記載漏れ及び所得を証明する書類の添付の有無を確認のうえ、給付事務センターに提出してください。
  - 限度額適用認定証の適用開始日(発効期日)は、申請をいただいた月の初日となります。