



決	常務理事	事務長	課長	確認	係
裁					

国民健康保険限度額適用認定申請書

(対象月：令和4年8月～令和5年7月)

被保険者証 記号番号	歯国 . —	対象者 氏名	昭和・平成・令和 年 月 日生
資格	① 甲種組合員 ② 甲種家族 ③ 乙種組合員 ④ 乙種家族		
使用開始年月	令和 年 月	※令和5年8月1日以降は、改めて申請が必要となります。	
今回、入院・通院予定あるいは現在入院・通院している保険医療機関を記入してください。			
保険医療機関	所在地：		
	名称：		
大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿 上記のとおり、申請いたします。 令和 年 月 日 (〒 —) (Tel — —) 住 所 氏 名 印			

○国民健康保険限度額適用認定対象者について

70歳未満の方

70～74歳の現役並みⅡ、現役並みⅠ、低所得Ⅱ、低所得Ⅰの方 ※裏面に記載

○申請に必要な添付書類

所得を証明する書類（①、②、③のいずれかの書類を提出してください。）

- ① 市町村民税・府県民税の納税通知書（写し可）
- ② 市町村民税・府県民税特別徴収税額の通知書（写し可）
- ③ 住民税（非）課税証明書（原本）

※確定申告書の写しや源泉徴収票の写しではお取扱いできませんのでご注意ください。

※総所得額及び配偶者の有無や扶養家族等の記載が必要となります。

※所得のない（非課税の）方についても、非課税であるという証明が必要となります。

(例)	診療月	所得を証明する書類の年度
	令和 3 年 8 月～令和 4 年 7 月	令和 3 年度 (令和 2 年の世帯の合計所得が記載されている書類)
	令和 4 年 8 月～令和 5 年 7 月	令和 4 年度 (令和 3 年の世帯の合計所得が記載されている書類)

※診療月により所得を証明する書類の年度が異なるため、上記の表を参考にご用意下さい。

※70歳未満の方で所得を証明する書類の添付がない場合は区分（ア）の扱いになりますのでご注意ください。

下記の欄は記入不要です。

認定区分		発効期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
------	--	------	----------	------	----------

被保険者の受診に係る高額療養費の現物給付化について

保険診療受診時の一部負担金が自己負担限度額を超えた場合、組合が発行する「国民健康保険限度額適用認定証」を窓口に表示することにより、自己負担限度額を超える額は支払う必要がなくなります。ただし、「国民健康保険限度額適用認定証」の交付を受けていない場合については、一旦窓口で一部負担金を全額支払った後、自己負担限度額を超える場合は当組合に請求して頂く取扱いとなります。

〔自己負担限度額〕 平成30年8月～

● 70歳未満の方（令和3年8月より基礎控除金額は43万円に変更となります。）

世帯全員の「住民税基礎控除後の総所得金額等」 の合算額	自己負担限度額
(ア) 901万円超	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (140,100円)
(イ) 600万円超～901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (93,000円)
(ウ) 210万円超～600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (44,400円)
(エ) 210万円以下	57,600円 (44,400円)
(オ) 世帯全員が住民税非課税の世帯	35,400円 (24,600円)

()内の数字は年4回以上高額療養費を受けた場合の4回目以降の自己負担限度額

※同一世帯で、同一月内に21,000円以上の自己負担を2回以上支払った場合、それらを合算できます。

※同一世帯の70～74歳の方の一部負担金も加算出来ます。

● 70～74歳の方 【変更】平成30年8月より太枠(*)の適用を受ける場合は、申請が必要となります。

課税所得	自己負担限度額	
	外来(個人ごと)	入院・世帯単位
(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～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～380万円未満	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (44,400円)	
(一般) 145万円未満	18,000円	57,600円 (44,400円)
(低所得) 住民税が非課税	Ⅱ	24,600円
	Ⅰ	15,000円

()内の数字は年4回以上高額療養費を受けた場合の4回目以降の自己負担限度額

※個人単位(外来のみ)・・・外来の限度額は個人ごとに計算されます。

※入院・世帯単位・・・入院については限度額までの支払いとなります。同一世帯のすべての外来と入院の窓口負担を合算して世帯単位の限度額を超えた分が払い戻されます。

ご不明な点は組合までお問い合わせください。

大阪府歯科医師国民健康保険組合

TEL : 06-6772-8306

FAX : 06-6772-3450