

限度額認定申請書について

一部負担金の割合が「3割負担」のかたのうち、下記の表の「現役並み所得Ⅱ」、「現役並み所得Ⅰ」に該当するかたは、「限度額適用認定証」を保険医療機関などに提示することによって、外来診療時・入院時の保険適用負担額が軽減されます。

○限度額適用区分

適用区分	負担割合	自己負担限度額
現役並み所得Ⅲ	3割	252,600円 + (10割分の医療費 - 842,000円) × 1% (多数回140,100円 (注記))
現役並み所得Ⅱ		167,400円 + (10割分の医療費 - 558,000円) × 1% (多数回93,000円 (注記))
現役並み所得Ⅰ		80,100円 + (10割分の医療費 - 267,000円) × 1% (多数回44,400円 (注記))

注記

過去12か月間に4回以上高額療養費の支給があった場合、4回目以降から適用になる限度額（多数回該当）。

○認定の条件

限度額適用認定証は、上表の「現役並み所得Ⅱ」および「現役並み所得Ⅰ」に該当するかたが対象です。

現役並み所得Ⅱ 住民税課税所得が380万円以上690万円未満の被保険者およびそのかたと同じ世帯の被保険者のかた

現役並み所得Ⅰ 住民税課税所得が145万円以上380万円未満の被保険者およびそのかたと同じ世帯の被保険者のかた

○認定日（発効期日）

限度額適用認定申請書が区役所に到着した月の1日より認定

○手続き

申請書をダウンロードして右の宛先にご提出ください。

ご不明な点がございましたら、下記まで担当までお問合せください。

目黒区国保年金課
後期高齢者医療係
電話03-5722-9838（直通）

〒153-8573
目黒区上目黒2丁目19番15号
目黒区 国保年金課
後期高齢者医療係 行

別記第33号の2様式（第27条の2関係）

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	()

被保険者番号									個人番号		
被 保 険 者	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日				
	住所										

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用認定証の交付を申請します。

【 担当処理欄 】

適 用	現役Ⅰ	確認書類	受付者	入力者	再検者	受 付 印	
	現役Ⅱ	・被保険者証					
	却下	・その他()					
	適用(却下)日	年 月 日					

交付： 窓口・郵送

(用紙規格 A4)

記入例

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	目黒 太郎	本人との関係	例)長男
届出者住所	目黒区上目黒2-19-15	連絡先電話番号	〇〇(△△△△)□□□□

被保険者番号	0 1 2 3 * * * *	個人番号	012345 * * * *
--------	-----------------	------	----------------

被 保 険 者	フリガナ	メグロ ハナコ		
	氏名	目黒 花子		
	生年月日	明治・大正	昭和	〇〇年 〇〇月 〇
	住所	目黒区上目黒2-19-15		

- 届出者名
 - 届出者住所
 - 被保険者本人との関係
 - 日中連絡のつく連絡先をご記入ください。
- ※届出者が被保険者本人でも構いません。

- 被保険者番号
 - 被保険者氏名(フリガナ)
 - 被保険者の生年月日
 - 被保険者住所
- をご記入ください。

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用認定証の交付を申請します。

【 担当処理欄 】

適用	現役 I	現役 II	却下	確認書類	受付者	入力者	再検者	年	月	日
				区処理欄のため、記入不要						

交付： 窓口 ・ 郵送