

限度額適用・標準負担額減額認定証の申請について

住民税非課税世帯のかたは、申請により「限度額適用・標準負担額減額認定証（以下、減額認定証という）」の交付を受けることができます。被保険者証と一緒に「減額認定証」を医療機関等の窓口に掲示することにより、保険適用の医療費の自己負担限度額（区分Ⅰまたは区分Ⅱ）が適用され、入院時の食費が減額されます。

【1 減額認定証の交付要件】

被保険者証の一部負担金の割合が「1割」のかたで、下記に該当するかた

適用区分	対象者
区分Ⅱ	世帯の全員が住民税非課税であり、「区分Ⅰ」に該当しないかた
区分Ⅰ	世帯の全員が住民税非課税であり、①または②に該当するかた ①世帯員全員の所得が0円のかた（公的年金収入は80万円を控除、給与収入は給与所得控除後さらに10万円を控除し計算） ②老齢福祉年金受給者※ ※原則として、国民年金制度発足時に50歳を超えていたかた（主に明治生まれのかた） ※老齢基礎年金とは異なります

【2 自己負担限度額】

1か月の自己負担限度額は、下表のとおりです。（保険適用とならない差額ベッド代などは自己負担限度額に含まれません。）

割合	適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)	入院時の食費 (1食あたり)
1割	一般	18,000円	57,600円	460円
	区分Ⅱ	8,000円	24,600円	210円
	区分Ⅰ			160円※
			15,000円	100円

※「区分Ⅱ」の認定を受けていた期間の入院日数が過去12か月で90日を超える場合、申請により入院時の食費（210円）がさらに軽減されます（長期入院該当）。

該当されるかたは、入院日数のわかる書類（医療機関の領収書など）を添えてご申請ください。

【3 適用(認定)日】

申請した月の1日から適用

【4 申請先】

右の宛先へ申請書を送付してください。
ご不明な点等がありましたら、
下記までお問い合わせください。

目黒区 国保年金課 後期高齢者医療係
電話 03-5722-9838

〒153-8573
目黒区上目黒二丁目19番15号
目黒区 国保年金課
後期高齢者医療係 行

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(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		
長期入院			

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。

入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数 (日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

※該当する項目を☑としてください。

- 1. 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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
- 2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

【 担当処理欄 】

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

交付： 窓口・郵送

(用紙規格 A4)

記入例

申請(届出)者名	目黒 太郎	本人との関係	例)長男
申請(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	
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 ○○年○○月		
住所	目黒区上目黒2-19-15		
長期入院			

●申請(届出)者名
●申請(届出)者住所
●被保険者本人との続柄
●日中連絡のつく連絡先
をご記入ください。
※申請(届出)者が被保険者本人
でも構いません。

直近入院	●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 ●被保険者の住所 をご記入ください。	、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。 ご記入ください。
①	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
②	届出日の前12か月の入院日数	年月日～年月日(日間)
③	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
④	届出日の前12か月の入院日数	年月日～年月日(日間)
⑤	届出日の前12か月の入院日数	年月日～年月日(日間)

こちらの欄は、「区分II」の認定を受けていた期間の入院日数が過去12か月で90日を超える場合に、医療機関名・入院期間・入院日数をご記入ください。
なお、入院日数の確認できる書類(医療機関等の領収書)を添付してください。

【限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受ける場合】
⇒「1」にチェック。
【過去12か月の入院日数が90日を超える場合】
⇒「1」と「2」にチェック。

東京都

※該当する方へご記入ください。

1 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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
 2 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

【担当処理欄】

適用	区分I	確認書類	受付者	入力者	再検者	
	区分II	被保険者証				
	長期入院	区処理欄のため、記入不要				
	却下	年月日				印