

理事長	副理事長	常務理事	事務局長	課長補佐	係

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

熊本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

被保険者証記号番号	熊歯	生年月日	昭・平・令 年 月 日
組合員氏名			私は、組合員本人を証明します <input type="checkbox"/> マイナンバーを記載 <input type="checkbox"/> 身分証のコピーを送付 ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。
マイナンバー			
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

組合員本人以外の申請の場合は下記もご記入ください。

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

※ 保険料を滞納している方には発行できません。

※ 個人情報保護のため本人確認が必要です。
マイナンバーを記載するか、身分証のコピーを添付してください。

※事務局記入欄		
世帯合計所得金額 (円)	住民税課税状況	判定所得区分
	有 ・ 無	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ

【1か月(暦月)の自己負担限度額】 ※2018年(平成30年)8月から

《70歳未満》 ※世帯単位

所得区分	所得要件	自己負担限度額
ア	基礎控除後の所得 901万円超	<u>252,600円</u> + (医療費-842,000円) × 1% (過去1年間で4回目からは、140,100円)
イ	基礎控除後の所得 600万円超～ 901万円以下	<u>167,400円</u> + (医療費-558,000円) × 1% (過去1年間で4回目からは、93,000円)
ウ	基礎控除後の所得 210万円超～ 600万円以下	<u>80,100円</u> + (医療費-267,000円) × 1% (過去1年間で4回目からは、44,400円)
エ	基礎控除後の所得 210万円以下	<u>57,600円</u> (過去1年間で4回目からは、44,400円)
オ	住民税非課税世帯	<u>35,400円</u> (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	<u>252,600円</u> + (医療費-842,000円) × 1% (過去1年間で4回目からは、140,100円)	
現役並みⅡ	課税所得 380万円以上 690万円未満	<u>167,400円</u> + (医療費-558,000円) × 1% (過去1年間で4回目からは、93,000円)	
現役並みⅠ	課税所得 145万円以上 380万円未満	<u>80,100円</u> + (医療費-267,000円) × 1% (過去1年間で4回目からは、44,400円)	
一般	課税所得 145万円未満	<u>18,000円</u> (年間上限14.4万円)	<u>57,600円</u> (過去1年間で4回目からは、44,400円)
低所得	Ⅱ 住民税非課税世帯で 低所得Ⅰに非該当	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>
	Ⅰ 住民税非課税世帯で 年金収入80万円以下等		<u>15,000円</u>

※ 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。