

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。

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 ☐ マイナンバーを記載 ☐ 身分証のコピーを送付 ※どちらかに ☒ 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】 ※2026年(令和8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>270,300円</u> + (医療費－901,000 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>179,100円</u> + (医療費－597,000 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>85,800円</u> + (医療費－286,000 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>61,500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>36,900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>270,300円</u> + (医療費－901,000 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>179,100円</u> + (医療費－597,000 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>85,800円</u> + (医療費－286,000 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>22,000円</u>	<u>61,500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	11,000円	<u>25,700円</u> (過去1年間で4回目 からは、24,600 円)
	Ⅰ	住民税非課税世帯で 年金収入80万円以下等	<u>8, 000円</u>	<u>15, 700円</u>