

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

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		性別 男・女
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 TEL: ()	
保険者番号	3	9	4 2
保険者の名称 及び所在地	長崎県後期高齢者医療広域連合 長崎市栄町4番9号 長崎県市町村会館内		

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

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の適用を申請します。

年 月 日

申請者氏名

印

後期高齢者医療の限度額適用認定該当のお知らせ

あなた様は所得区分が「現役並みⅠ」又は「現役並みⅡ」に該当すると思われますので、表面の「限度額適用認定申請書」に必要事項を記入し、お住まいの市役所又は町役場へ申請をお願いします。

本申請に基づく認定後に交付される限度額適用認定証を療養を受けた際に医療機関等に提示することにより、一部負担金限度額が適用されます。

負担割合	所得区分		自己負担限度額（月額）	
			外来 （個人ごと）	外来＋入院 （世帯ごと）
3割	現役並み 所得者 （世帯ごと 計算のみ）	現役並みⅢ 住民税課税所得 690万円以上	252,600円 医療費が842,000円を超えた場合は、 （医療費-842,000円）×1%を加算 多数回該当の場合140,100円（注1）	
		現役並みⅡ 住民税課税所得 380万円以上	167,400円 医療費が558,000円を超えた場合は、 （医療費-558,000円）×1%を加算 多数回該当の場合93,000円（注1）	
		現役並みⅠ 住民税課税所得 145万円以上	80,100円 医療費が267,000円を超えた場合は、 （医療費-267,000円）×1%を加算 多数回該当の場合44,400円（注1）	

（注1） 外来＋入院（世帯合算）の自己負担限度額は、過去12カ月以内（診療月を含む。）に3回以上高額療養費が支給されている場合、4回目以降は各欄記載の負担限度額となります。