

所得区分が現役並み所得者Ⅰ・Ⅱに該当する人は、市町村の担当窓口申請して「限度額適用認定証」の交付を受け、保険証と一緒に病院へ提示するか、認定を受けていることを医療機関で確認してもらうことにより、所得区分に応じた自己負担限度額が適用されます。

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

記入例

被保険者番号 (8桁)	01234567		個人番号 (12桁)	012345678910			
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ		生 年 月 日	明治・大正・昭和		
	氏名	広域太郎			28年	8月	8日
	住所	〒000-0000 〇〇市〇〇町×××番地					

**【限度証申請時の注意事項】**

- ・対象は、住民税の課税所得(各種控除後)が145万円以上、690万円未満の被保険者及び同世帯の被保険者です。対象とならない場合、限度額認定証は交付できません。
- ・世帯内の被保険者で所得税及び住民税申告をしていない人がいる場合は簡易申告書を提出をしてください。ただし、所得税や住民税がかかるような所得がある場合は税の申告が必要となる場合があります。
- ・限度額適用認定証の発効期日は、申請月(市町村受付月)の初日となります。ただし、資格取得日が申請月の初日より後の場合は資格取得日となり、申請月に世帯構成変更等がある場合は、翌月1日となります。

岡山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適用認定証の交付を申請します。

令和 〇年 〇月〇〇日

申請者 住所 〇〇市〇〇町×××番地  
(届出者) 氏名 広域太郎 (続柄: 本人 )  
(電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 )

証 処 理	交付	窓口	郵送	( / )
	回収	済み	未	( / )
	本人確認	書類名	免保介 その他 ( )	

事 務 処 理 欄	負担区分	現役Ⅰ・現役Ⅱ・却下
	その他	