

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ことで、所得区分に応じた自己負担限度額が適用されます。

記入例

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	
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	〇〇市〇〇町×××番地															性別	男・女				

※市町村事務処理欄	申請年度（8月～7月）	H30
判定（適用区分等）	認定（親役Ⅰ）現役Ⅱ / 却下（その他）	
発効期日	H30.8.8～	
その他（世帯構成変更日等）	H30.8.8障害認定	

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の適用を申請します。

令和 2 年 8 月 10 日

被保険者本人の押印をしてください。

申請者 氏名 広域 太郎
(被保険者)



(電話番号 〇〇〇 - ××× - △△△△)

(届出者)

住所

氏名

(続柄:)

被保険者と届出者が違う場合に記入してください。

(電話番号 - -)

・申請月(市町村受付月)の初日(資格取得日が申請月の初日よりあとの場合は資格取得日、申請月に世帯構成変更等がある場合は区分変更となる月の1日から)が認定証の発効期日(医療機関等への受診の際、適用区分の一部負担金限度額が適用されるようになる日)となります。

・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⇒簡易申告書を提出をしてください。(ただし、所得の内容によっては税の申告が必要となる場合があります。)

・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⇒却下通知を発送してください。