

副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

対象年度	平成30年度				
認定 区分 関係	基本	非課税世帯・生活保護申請却下			
	長期入院	該当・非該当			
	初回申請・年度更新・長期入院による変更				
所得区分	ア イ ウ エ オ				
	現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ				
資格取得日	昭和・平成	年	月	日	
発効期日	平成	年	月	日	
有効期限	平成	年	月	日	
交付年月日	平成	年	月	日	
発送等	平成	年	月	日	医・自・送付先・窓口

<b>国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書</b>					
<b>限度額適用・標準負担額減額</b>					
被保険者証記号番号		限度額適用(減額)対象者氏名		性別	申請人との続柄
記号	医国	氏名	ふりがな	男 ・ 女	
番号	—	生年月日	昭和・平成 年 月 日		

A. 基本申請：入院予定あるいは現在入院している保険医療機関名等を記入してください。

医療機関	所在地		昭和 年 月 日より
	名称		(入院予定・入院中)

B. 長期入院：申請月を含む12ヵ月以内に90日以上入院した場合にはその入院履歴を最近のものから(\*4)順に記入してください。(住民税が非課税世帯で長期入院された方のみ記入)

① 医療機関	所在地		平成 年 月 日から	日間
	名称		平成 年 月 日まで	
② 医療機関	所在地		平成 年 月 日から	日間
	名称		平成 年 月 日まで	
③ 医療機関	所在地		平成 年 月 日から	日間
	名称		平成 年 月 日まで	

上記のとおり関係書類(\*1)を添えて申請します。

平成 年 月 日 日

住所

申請人

(組合員又は准組合員) 氏名

印

TEL ( )

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

\*1. 本申請書に別紙、旧ただし書き所得申告書と世帯全員の所得を証明する書類(非課税世帯、及び基礎控除後の総所得が901万円以下の場合に限る)を添付してください。

\*2. 食事療養費の標準負担額も減額される方は世帯全員が住民税非課税の場合に限ります。

\*3. 保険料を滞納されている場合は、限度額適用認定証を交付できない場合があります。

\*4. Bの長期入院に係る申請のとき

B欄に申請前1年間の入院歴を記入の上、同期間の食事費用に係る「領収書」等、すでに「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、その証を添えて申請してください。

(注意) この認定証の発効期日は、申請書を受け付けた日の属する月の初日となり、遡及はできません。

副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

対象年度	平成	年度
認定区分関係	基本	非課税世帯・生活保護申請却下
	長期入院	該当・非該当
	初回申請・年度更新・長期入院による変更	
所得区分	ア イ ウ エ オ	
	現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ	
資格取得日	昭和・平成	年 月 日
	平成	年 月 日
	平成	年 月 日
	平成	年 月 日
発送等	平成	年 月 日 医・自・送付先・窓口

# 記入例

<b>国民健康保険</b>		<b>限度額適用</b>		<b>認定申請書</b>	
		<b>標準負担額減額</b>		<b>限度額適用・標準負担額減額</b>	
被保険者証記号番号		限度額適用(減額)対象者氏名		性別	申請人との続柄
記号	医国 999	氏名	ふりがな <b>コクホ ハナコ</b>	男	妻
番号	9999 - 999	生年月日	<b>昭和</b> ・平成 99 年 99 月 99 日	<b>女</b>	

A. 基本申請：入院予定あるいは現在入院している保険医療機関名等を記入してください。

医療機関	所在地	昭和 年 月 日より
	名称	(入院予定・入院中)

入院のご予定がある方・ご入院されている方のみ記入してください。  
外来についての記入は不要です。

B. 長期入院：申請月を含む12ヵ月以内に90日以上入院した(\*4)順に記入してください。(住民税が非課税世帯で)

① 医療機関	所在地	平成 年 月 日 まで	日間
	名称	月 日 から	
② 医療機関	所在地	平成 年 月 日 から	日間
	名称	月 日 まで	
③ 医療機関	所在地	平成 年 月 日 から	日間
	名称	月 日 まで	

住民税が非課税世帯の方で、申請される月を含む1年以内に、90日以上長期にわたり入院された方のみ記入してください。

上記のとおり関係書類(\*1)を添えて申請します。

平成 99 年 99 月 99 日

〒 543-0001

住所 大阪市天王寺区上本町2丁目1-20

申請人 (組合員又は准組合員) 氏名

**国保 太郎**

TEL 06 ( 6761 ) 8096



大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

- \* 1. 本申請書に別紙、旧ただし書き所得申告書と世帯全員の所得を証明する書類(非課税世帯、及び基礎控除後の総所得が901万円以下の場合に限る)を添付してください。
- \* 2. 食事療養費の標準負担額も減額される方は世帯全員が住民税非課税の場合に限ります。
- \* 3. 保険料を滞納されている場合は、限度額適用認定証を交付できない場合があります。
- \* 4. Bの長期入院に係る申請のとき

B欄に申請前1年間の入院歴を記入の上、同期間の食事費用に係る「領収書」等、すでに「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、その証を添えて申請してください。

(注意) この認定証の発効期日は、申請書を受け付けた日の属する月の初日となり、遡及はできません。

# 平成30年度住民税課税状況及び平成29年分「旧ただし書き所得」申告書

\* 下記A・Bそれぞれの□の中に「✓」を付けてください。 \* 太線内をご記入してください。

被保険者証	記号	医国	番号	—
-------	----	----	----	---

**A** 平成30年度住民税の課税状況について (\*世帯全員とは医師国保に加入されている被保険者全員です。)  
私の世帯に属する医師国保の被保険者全員の平成30年度『住民税』について、次のとおりです。

世帯内に1人でも課税されています。  世帯全員が非課税です。(B・C欄記載不要)  
(→下記B欄へ記入) (→(注)3.に記載の①~③を世帯全員分添付してください)

**B** 平成29年分旧ただし書き所得の状況について(平成30年度住民税が課税されている世帯のみ)  
私の世帯に属する医師国保の被保険者全員の平成29年の『旧ただし書き所得』(\*裏面参照)の合計は次のとおりです。(下記(注)3.に記載の①~⑤の所得確認書類等からご判断してください)

901万円超えです。  901万円以下です。  
(添付書類は必要ありません) (→下記C欄へ記入し、(注)3.に記載の①~⑤を世帯全員分添付してください)

課税世帯で旧ただし書き所得の合計が901万円以下の場合、下欄に被保険者全員の所得をご記入のうえ、(注)3.に記載の所得証明書類を添付してください。 ※印欄は記入しないでください。

氏名	組(准)会員との続柄	平成29年分の総所得額	旧ただし書き所得額	添付書類 (注)3.の番号で記入)	理由 (所得額0円の場合のみ記入)
	本人	円	※		
		円	※		乳幼児・学生(小・中・高・大) その他( )
		円	※		乳幼児・学生(小・中・高・大) その他( )
		円	※		乳幼児・学生(小・中・高・大) その他( )
		円	※		乳幼児・学生(小・中・高・大) その他( )
		円	※		乳幼児・学生(小・中・高・大) その他( )
世帯合計		円	※		

上記に相違なく申告します。

平成 年 月 日 住所

申告人 (組会員又は准組会員) 氏名 印

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

- (注) 1. 旧ただし書き所得が901万円を超える場合、所得証明の添付は必要ありません。(この申告書のみ提出)
2. 乳幼児等で所得がない被保険者の分につきましては所得額は「0」と記入し、理由欄に記入してください。  
(家族の方で、配偶者控除・扶養控除等の対象になっていない方は下の3. ①を添付してください。)
3. 所得を証明する書類として、次のいずれかを添付してください。  
別添の(旧ただし書き所得を確認する書類の見本を参照)
- ① 市区町村が発行する「平成30年度 市民税・府民税納税通知書」(コピー可)
  - ② 市区町村が発行する「平成30年度 市・府民税課税証明書」
  - ③ 市区町村が発行する「平成30年度 市民税・県民税 特別徴収税額の通知書」(コピー可)
  - \* ④ 事業主が発行する「平成29年分 所得税源泉徴収票」(年末調整済分・コピー可)
  - \* ⑤ 税務署に提出した「平成29年分 確定申告書の控」(受付印のあるもの・コピー可)
- ※非課税の方は、①②③のいずれかを添付してください。(④、⑤は不可)
- ※公的年金所得がある方は、①②のいずれかを添付してください。
- ※総所得金額、課税標準額の所得金額の確認ができるページの添付が必要です。

# 平成30年度住民税課税状況及び平成29年分「旧ただし書き所得」申告書

## 記入例

それぞれの口の中に「✓」を付けてください。 \* 太線内をご記入してください。

被保険者証 記号 医国 番号           

A 平成30年度住民税の課税状況について (\*世帯全員とは異なる世帯員は、別添の「世帯員別課税状況」に記入してください。)  
 私の世帯に属する医師国保の被保険者全員の平成30年度『住民税』について、次のとおりです。  
 世帯内に1人でも課税されています。  世帯全員が非課税です。(B・C欄記載不要)  
 (→下記B欄へ記入) (→(注)3. に記載の①~③を世帯全員分添付してください)

B 平成29年分旧ただし書き所得の状況について(平成30年度住民税が課税されるかどうか)  
 私の世帯に属する医師国保の被保険者全員の平成29年の『旧ただし書き所得』について、次のとおりです。(下記(注)3. に記載の①~⑤の所得確認書類等が添付されている場合は、いずれかに「✓」を記入。)  
 901万円超えです。  901万円以下です。  
 (添付書類は必要ありません) (→下記C欄へ記入)

課税世帯で旧ただし書き所得の合計が901万円以下(900万円以下)の場合は、下欄に被保険者全員の所得を記入するうえ、(注)3. に記載の所得証明書類を添付してください。  
 ※印欄は記入しないでください。

氏名	組(准)合員との続柄	平成29年分の総所得額	旧ただし書き所得額	添付書類(注)3.の番号で記入)	理由(所得額0円の場合のみ記入)
	本人		※		
			※		乳幼児・学生(小・中・高・大)
			※		その他( )
			※		乳幼児・学生(小・中・高・大)
			※		その他( )
			※		乳幼児・学生(小・中・高・大)
			※		その他( )
			※		乳幼児・学生(小・中・高・大)
			※		その他( )
			※		乳幼児・学生(小・中・高・大)
			※		その他( )

医師国保に加入している方全員を記入してください。

(注)3. に記載の該当番号を記入。

所得額「0」の場合は記入してください。

上記に相違なく申告します。  
 平成 年 月 日  
 記入日  
 住所  
 氏名  
 申告人 (組合員又は准組合員)  
 大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

- (注) 1. 旧ただし書き所得が901万円超えの場合は、別添の「世帯員別課税状況」に記入してください。  
 2. 乳幼児等で所得がない場合は、(家族の方で、配偶者控)を記入してください。  
 3. 所得を証明する書類として別添の(旧ただし書き所得を確認する書類の見本を参照)  
 ① 市区町村が発行する「平成30年度 市民税・府民税納税通知書」(コピー可)  
 ② 市区町村が発行する「平成30年度 市・府民税課税証明書」  
 ③ 市区町村が発行する「平成30年度 市民税・県民税 特別徴収税額の通知書」(コピー可)  
 \* ④ 事業主が発行する「平成29年分 所得税源泉徴収票」(年末調整済分・コピー可)  
 \* ⑤ 税務署に提出した「平成29年分 確定申告書の控」(受付印のあるもの・コピー可)  
 ※非課税の場合は、①②③のいずれかを添付願います(④、⑤は不可)。  
 ※公的年金所得がある方は、①②のいずれかを添付してください。  
 ※総所得金額、課税標準額の所得金額の確認ができるページの添付が必要です。

# 旧ただし書き所得とは

別紙

## ○ 給与所得の場合

$$\text{旧ただし書き所得} = \text{給与収入} - \text{給与所得控除} - \text{基礎控除(33万円)}$$

## ○ 公的年金等に係る所得の場合

$$\text{旧ただし書き所得} = \text{年金収入} - \text{公的年金等控除} - \text{基礎控除(33万円)}$$

## ○ 事業所得の場合

$$\text{旧ただし書き所得} = \text{事業収入} - \text{必要経費} - \text{純損失の繰越控除} - \text{基礎控除(33万円)}$$

\* 1

### \* 1. 純損失がない場合

- ・ 所得税の確定申告書・様式B・第1表「所得金額」⑨の金額

### 純損失がある場合

- ・ 所得税の確定申告書・様式B・第1表「所得金額」⑨の金額が空白の場合  
〔 所得税の確定申告書・様式B・第1表「所得金額」①～⑧の合計金額から  
損失申告書による「純損失の額」を控除した額 〕
- ・ 所得税の確定申告書・様式B・第1表「所得金額」⑨の金額が様式B・  
第1表「所得金額」①～⑧の合計金額と一致しない場合  
〔 所得税の確定申告書・様式B・第1表「所得金額」①～⑧の合計金額から  
前年分の損失申告書による「純損失の額」を控除した額 〕

### ☆ 分離課税所得等がある場合

$$\text{旧ただし書き所得} = \text{所得税の確定申告書・様式B・第1表「所得金額」⑨の金額} + \text{分離課税用確定申告書・第3表 ⑤9から ⑥8の額} - \text{基礎控除(33万円)}$$



見 本 所得	給与収入		主たる給与 以外の合算 所得区分	営業所得	雑所得	配当所得	雑所得	課税標準	総所得③		市 所得割額⑥	定率控除前所得割額④			
	その他の所得計			総所得金額①	山林所得		分離短期譲渡		分離長期譲渡			均等割額⑦		定率控除額⑤	
	雑損			雑損控除		株式等の譲渡		先物取引		均等割額⑦			特別徴収税額		6月分
所得 控除	医療費		障・老・寡・勤	扶養親族該当区分	本人該当区分	控老特同老	その他	障障	障障	障障	障障	障障	障障	障障	障障
	社会保険料		配偶者	扶養	基礎	配	定	老	人	障	障	障	障	障	障
	生命保険料		配偶者特別	基礎	基礎	障	障	障	障	障	障	障	障	障	障
損害保険料		基礎	基礎	基礎	基礎	障	障	障	障	障	障	障	障	障	
寄附金		所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	所得控除合計②	

見 本 氏名	平成30年度	市・府民税課税証明書																																		
	(賦課期日現在)	住所																																		
	氏名																																			
平成29年分	合計所得金額	円	所得控除合計										課税標準額																							
所得の内訳	種類	金額	雑損控除	控除対象配偶者	医療費控除	特定人	扶養	その他人	社会保険料控除	老人扶養	人	(内同居人)	小規模共済等控除	寡婦寡夫	勤労学生	生命保険料控除	障	扶	特別人	(内同居人)	損害保険料控除	害	養	その他人	寄附金控除	者	本人	配偶者特別控除	基礎控除	市民税	所得割	均等割	府民税	所得割	均等割	年税額
摘要 税額は減税後で表示しています。																																				

「\*」の部分及びプリント文字以外は公認していません

上記のとおり相違ないことを証明します

平成 年 月 日

大阪府 市長