# 連帯保証人「極度額」設定目安表 兼 確認書

| | 所得区分など | 患者様世帯 | 入院3か月分を想定<br>生活リハ病棟 (B1,B2,C2)<br>維持リハ病棟 (C1) | 入院2か月分を想定<br>集中リハ病棟 (B3,C3) |
|---|---|---|---|---|
| 基本設定額 | 区分ア<br>or 現役並み所得者Ⅲ | 年収約1,160万円以上<br>（70歳未満世帯）健保：標準報酬月額83万円以上<br>国保：年間所得901万円超<br>（70歳以上世帯）標準報酬月額83万円以上／課税所得690万円以上 | 120万円 | 80万円 |
| | 区分イ<br>or 現役並み所得者Ⅱ | 年収約770万～1,160万円<br>（70歳未満世帯）健保：標準報酬月額53万～79万円<br>国保：年間所得600万～900万円<br>（70歳以上世帯）標準報酬月額53万～79万円／課税所得380万円以上 | 90万円 | 60万円 |
| | 区分ウ<br>or 現役並み所得者Ⅰ | 年収約370万～770万円<br>（70歳未満世帯）健保：標準報酬月額28万～50万円<br>国保：年間所得210万～600万円<br>（70歳以上世帯）標準報酬月額28万～50万円／課税所得145万円以上 | 60万円 | 40万円 |
| | 区分エ<br>or 一般 | 年収約370万円以下（約156万～370万円）<br>（70歳未満世帯）健保：標準報酬月額26万円以下<br>国保：年間所得210万円以下<br>（70歳以上世帯）標準報酬月額26万円以下／課税所得145万円未満 | 50万円 | 35万円 |
| | 区分オ(低所得者)<br>or 低所得者Ⅱ<br>or 低所得者Ⅰ | 世帯全員が住民税非課税<br>※低所得者Ⅱ…低所得者Ⅰ以外の方<br>※低所得者Ⅰ…住民税非課税世帯で世帯所得が一定基準に満たない方<br>①世帯の各所得が必要経費・控除を差し引いたときに0円となる方<br>②老齢福祉年金受給権者<br>③年金収入80万円以下など） | 30万円 | 20万円 |
| | 生活保護(TV有り) | 生活保護受給者でTV(税別300円/日)を利用される方 | 12万円 | 8万円 |
| | 生活保護(TV無し) | 生活保護受給者でTVを利用されない方 | 9万円 | 6万円 |
| | その他 | 自賠責保険適用の方<br>労災保険適用の方<br>重度障害者医療証をお持ちの方 | 30万円 | 20万円 |

※個室など特別療養環境室を申し込みされる場合（上記金額に上乗せ）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 追加設定額 | 個室① ¥5,500 | +50万円 | +33万円 |
| | 個室② ¥3,300 | +30万円 | |
| | 準個室(間仕切り家具付) ¥1,100 | | +7万円 |

イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院院長　殿

私は、貴院への入院に際し、連帯保証人の極度額、及び上記目安表について貴院より説明を受け、患者本人の入院誓約時の設定金額について予め確認したことを認め、ここに署名致します。

年　　月　　日

患 者 氏 名　　㊞

連帯保証人氏名　　㊞　続柄

連帯保証人氏名　　㊞　続柄