

限度額適用認定申請書

組合員及び被扶養者が保険医療機関等から療養等を受けた場合、あらかじめ共済組合の認定を受けることで、窓口で支払う一部負担金等の額を高額療養費の算定基礎となる1ヵ月あたりの自己負担限度額までにおさえることができます。

この制度を利用するには、「**限度額適用認定申請書**」を共済組合に提出し、共済組合が発行する「**限度額適用認定証**」を組合員証と共に*医療機関に提示する必要があります。

(70歳以上の一般所得者(自己負担割合2割)の方と70歳以上で標準報酬月額83万円以上の方は申請不要です。)

※「マイナ保険証」を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となります。

限 度 額 適 用 認 定 申 請 書

組 合 員 証		記号		600	番号	1234	名称	〇〇市役所		
組 合 員	氏 名	共 済 太 郎				所 属 機 関	所在地 〇〇市〇丁目〇番地			
	生年月日	S	H	〇年	12月					5日
	標準報酬月額	300,000円								
適 用 者	氏 名	共 済 花 子				※コート				
	生年月日	S	H	〇年	5月	20日				
	住 所	〇〇市〇丁目〇番地								
限度額適用認定証発効年月日(注1)							令和〇〇年4月1日			
上記のとおり、申請します。 岐阜県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日										
							組 合 員 住 所	〇〇市〇丁目〇番地		
							氏 名	共 済 太 郎		
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 年 月 日										
							所 属 所 長 職 名	〇〇市長		
							氏 名	〇〇〇〇		
<small>※欄についての記入は必要ありません。 ・標準報酬月額は、申請月の標準報酬月額を記入してください。 (注1)例えば、限度額証を1月診療分の支払いから使用したい場合は、1月1日と記入してください。 ※</small>										
交付日	年		月	日						
発効日	年		月	日						
有効期限	年		月	日						
決 裁 年 月 日							受 付 年 月 日			
局 長	次 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	主 任	係				

発効年月の標準報酬月額を記入してください。

医療機関の窓口で、いつから使用するかを記入してください。
例えば、4月診療分から使用する場合は4月1日と記入してください。
※有効期限は1年間です。

注)・退職後、任意継続組合員の資格を取得される方は、記号番号が変わりますので再度申請してください。

・すでに医療機関にて自己負担3割分(就学前は2割)支払済みの場合は申請の必要はありません。(支払前に申請し、医療機関に提示するための証です。)