

# 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。**

発効年月の標準報酬月額を記入してください。

## 限度額適用認定申請書

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ので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

組 合 員 等		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	〇〇市〇〇 1-2-3	
	生年月日	S (H) 〇 年 12 月 5 日							
	標準報酬月額	300,000円							
適 対 象 者	氏 名	共 済 花 子				※コード			
	生年月日	S (H) R 〇 年 5 月 20 日							
	住 所	〇〇市荻田南5-14-53							
限度額適用認定証発効年月日(注1)							令和 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 〇 年 3 月 20 日									
組 合 員 住 所 〇〇市荻田南5-14-53 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。 〇 年 3 月 20 日									
所 属 所 長 職 名 〇〇市長 氏 名 △△ △△									
<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		
局 長	次 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	主 任	係			

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。)