

決裁	確認	係

別添のとおり
認定証を交付してよろしいか。

限度額適用認定申請書

組合員証 記号番号								
組 合 員	所 属 所							
	生年月日	年 月 日			資格取得 年月日	年 月 日		
適用対象者	認 定 日						年 月 日	
	生年月日	年 月 日			続 柄	性 別	男 ・ 女	
組合員（適用対象者） の住所								
<p>上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>茨城県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">組合員 氏名 印</p>								

注1) 70歳未満の組合員または被扶養者が入院する場合は、この申請書により共済組合へ限度額認定証の交付を申請してください。

注2) この申請は、適用対象者ごとに行う必要があります。

注3) 限度額の適用区分及び計算方法は、次のとおりです。

適用区分	所得区分	限度額計算方法
A	上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%
B	一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%

上位所得者 ... 給料月額が424,000円（特別職 530,000円）以上の方

注4) 交通事故など第三者加害行為による入院の場合は申請できません。

注5) 医療福祉（マル福）制度に該当する方は、申請不要です。（妊産婦マル福を除く。）

受 付 印

