

**マイナ保険証を利用すれば、限度適用額認定証の事前申請は不要です**

- 限度額適用認定申請書
- 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証記号番号	—	1. 現職 2. 任継	決裁	確認	係員		
所 属 所							
組 合 員	氏名			交付年月日			
	生年月日	年	月	日			
	短期標準報酬の月額	等級		円	適用区分		
適用対象者	氏名			アイウエオ 現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ			
	生年月日	年	月	日	期間		
	住所	〒 —					
療養期間（見込）	年	月	日	～	年	月	日
<b>限度額適用・標準負担額減額認定申請の場合記入</b>							
長期入院 申請前1年の入院日数が90日を超える場合は該当				<input type="checkbox"/> 該当（下欄に記入してください） <input type="checkbox"/> 非該当			
①	申請前1年間の入院期間（日数）		年	月	日から	日間	
			年	月	日まで		
	入院した保険医療機関等		名 称				
		所在地					
②	申請前1年間の入院期間（日数）		年	月	日から	日間	
			年	月	日まで		
	入院した保険医療機関等		名 称				
		所在地					
③	申請前1年間の入院期間（日数）		年	月	日から	日間	
			年	月	日まで		
	入院した保険医療機関等		名 称				
		所在地					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">茨城県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 (組合員) 氏名</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 氏名</p>							

受 付 印

1. この申請書は、適用対象者ごとに提出してください。
2. 「限度額適用認定申請書」又は「限度額適用・標準負担額減額認定書」のどちらかにチェックマークを付け、太線を記入してください。
3. 「限度額適用・標準負担額減額認定」に該当するのは、組合員が「市町村民税非課税者」かつ「短期標準報酬の月額が50万円以下」の場合です。該当する場合は短期給付関係様式「同意書」又は「非課税証明書」を添付してください。
4. 原則として医療機関等の窓口で医療福祉費助成制度（マル福）が利用できる場合は申請不要です。ただし、「限度額適用・標準負担額減額認定」に該当する場合は申請が必要です。
5. 交通事故など第三者加害行為による療養の場合は申請できません。

