

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用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		〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇	① 現職 2. 任継	決裁	確認	係員
所属所		〇〇市役所				
組合員	氏名	共 済 太 郎		交付年月日		
	生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	短期標準報酬の月額	〇〇等級	〇〇〇,〇〇〇円	適用区分 アイウエオ 現II 現I 低II 低I		
適用対象者	氏名	本 人 続柄 ()		期間		
	生年月日	年 月 日				
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地				
療養期間(見込)	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日					
限度額適用・標準負担額減額認定申請の場合記入						
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 年 月 日まで		日間		
	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 年 月 日まで		日間		
	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 年 月 日まで		日間		
	入院した保険医療機関等	名 称				
		所在地				
上記のとおり申請します。 茨城県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 申請者 住所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地 (組合員) 氏名 共 済 太 郎						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇 〇 〇 〇						

申請月の短期標準報酬の月額を記入してください。
短期標準報酬の月額が50万円以下の場合は、組合員の市町村民税の課税状況も確認してください。
※新規採用者、長期療養者、育児休業取得者等は非課税の場合がありますのでご注意ください。

過去1年間の入院期間が90日を超える場合は「該当」になりますので、下欄の入院期間及び入院した医療機関名等を記入してください。

組合員が「市町村民税非課税者」で「短期標準報酬の月額が50万円以下」の場合記入してください。
また、資格関係様式「同意書」又は「非課税証明書」を添付してください。
なお、非課税証明書を添付する場合は、4月から7月診療分については前年度の証明、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要です。

- この申請書は、適用対象者ごとに提出してください。
- 「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、太線内を記入してください。
- 「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。
- 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。
- 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。

