

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

| | | |
|------|----|----|
| ※ 決裁 | 確認 | 係員 |
| | | |

| | | | | | | |
|------------------------|---|-------------------------------|---|-----------|------------------------|--|
| 組合員証記号番号 | | 〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇 | ①現職 2.任継 | ※ 交付年月日 | | |
| 所属所 | 所在地 | 茨城県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇 | | | ※ 適用区分 | |
| | 名称 | 〇〇市役所 | | | アイウエオ 現II 現I 低II 低I | |
| 組合員 | 氏名 | 茨城 太郎 | | 短期標準報酬の月額 | 〇〇等級 | |
| | 生年月日 | 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | | 〇〇〇, 〇〇〇円 | |
| 適用対象者 | 氏名 | 本人 | | 続柄 | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | |
| | 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（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 | | | |
| | ② | 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 | | | |
| | ④ | 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 茨城 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、育児休業取得者等是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。
- 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。
- ※欄は記入しないでください。

