

記入例

マイナ保険証を病院窓口に提示すると、限度額適用認定証がなくても、自己負担額を限度額まで抑えることができます。

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証の記号番号	公立秋 -〇〇〇〇〇		
組合員氏名	公立 花子	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 60年 10月 1日		
所属機関	名称	〇〇〇〇 小学校	
	所在地	〇〇〇市〇〇〇町〇〇番町〇—〇	
申請の日の属する月の標準報酬の月額	〇〇〇, 〇〇〇 円		
適用対象者氏名	〇〇 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
生年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 令和 年 〇〇 月 〇〇 日		
※入院期間	令和5年10月27日から令和5年11月5日まで		
<small>※上記期間の開始日が申請年月日より前のとき、その理由をご記入ください。 (例)医療費の支払いを保留しているため/医療機関から〇月〇日までに限度額適用認定証を提示するよう指示があったため など</small>			
[<u>「病院の指示により、限度額適用認定証が届くまで10月分の支払いを保留しているため」</u>]			
上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。 公立学校共済組合秋田支部長 殿			
[<u>令和5年11月2日</u>]			
入院・外来期間の開始日が申請日より前の場合は、必ずその理由を記入してください。		外来診療なども含め、最大1年間を設定できます。再入院や退院後の高額な外来診療を考慮の上、終了日を記入してください。	
所 名			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
令和 5年11月 2日			
〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 (電話番号) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
所属所所在地 〇〇〇市〇〇〇町〇〇番町〇—〇			
所属所名 〇〇〇〇小学校			
所属所長職氏名 〇〇 〇〇〇 印			

※入院(診療)が延長になった場合は、お手持ちの限度額適用認定証を返却の上、再度申請をしてください。申請から交付まで1週間程度かかります。ご不明の点はお問い合わせください。