

限度額適用認定申請書

組合員	組合員証記号番号	公立群馬	* 7桁	
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	所属所	名称		
		所在地		
	標準報酬月額	円	* 共済使用欄 適用区分：	
※ <input type="checkbox"/> 今年度(入院が4～7月の場合は前年度)の市町村民税が非課税の場合にチェック				
適用対象者	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	住所			
	入院・通院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
<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>公立学校共済組合群馬支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員 住所 氏名</p> <p>※原則として所属所へ送付しますが、組合員の自宅への送付を希望する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 組合員自宅への送付を希望します (共済組合登録の住所)</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>令和 年 月 日</p> <p>所属所 所属所長 職名 氏名</p>				
所属所電話番号				

◇ オンライン資格確認を導入している医療機関等では、限度額適用認定証の提示が不要場合があります。あらかじめ医療機関等に確認してください。(ただし、市町村民税が非課税の方は共済組合への申出が必要です)

- (注) 1 適用対象者が組合員本人の場合は、「本人」と記入し、生年月日等は記入不要です。  
 2 今年度(入院が4～7月の場合は前年度)の市町村民税が非課税となっている場合は、※欄の□にレ点をつけてください。添付書類が必要になりますので、共済組合までお問い合わせください。  
 3 すでに医療費を支払っている期間は含まないでください。  
 4 原則として、申請日から遡っての認定証発行はできません。  
 5 申請のあった日の属する月の初日から入院・通院期間の終期の月末までを有効期限として交付します。ただし、申請のあった日の属する月の初日から1年間を限度とします。