

組合員等記号番号	公立北海道		枝番（00）
組 合 員 氏 名			
組 合 員 生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		
所 属 所 名		職 名	
適 用 対 象 者 氏 名			
適用対象者生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		
入院・外来期間(予定)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
※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 〔 〕			
適 用 区 分 (該当する項目にレ点を記入)	☐ ア（標準報酬月額83万円以上） ☐ イ（標準報酬月額53万円以上83万円未満） ☐ ウ（標準報酬月額28万円以上53万円未満） ☐ エ（標準報酬月額28万円未満）		
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合北海道支部長 様 令和 年 月 日 〒 - TEL（ ） - 住 所 組合員 氏 名 印			
支部受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 - TEL（ ） - 所 在 地 所属所 名 称 長の職・氏名 印		

※ 任意継続組合員の方は、任意継続組合員用の申請書をご利用ください。

限度額適用認定証とは

限度額適用認定証とは、70歳未満の組合員または被扶養者が、入院・外来で各々ひと月に一の医療機関に支払う療養費が、下記の高額療養費の自己負担限度額を超える場合に、共済組合から限度額適用認定証の交付を受け、医療機関等に提示することにより、高額療養費分の額を窓口で一時負担する必要がなくなる制度です。

高額療養費の自己負担限度額（平成27年10月1日から）

高額療養費の自己負担限度額は、組合員の標準報酬月額に基づく適用区分により、次のとおり異なります。

適用区分	組合員の標準報酬月額	高額療養費ひと月あたりの自己負担限度額	
ア	83万円以上	通常のみ	252,600円＋(総医療費－842,000円)×1%
		多数該当月(注)	140,100円
イ	53万円以上83万円未満	通常のみ	167,400円＋(総医療費－558,000円)×1%
		多数該当月(注)	93,000円
ウ	28万円以上53万円未満	通常のみ	80,100円＋(総医療費－267,000円)×1%
		多数該当月(注)	44,400円
エ	28万円未満	通常のみ	57,600円
		多数該当月(注)	44,400円
オ	市町村民税非課税者	通常のみ	35,400円
		多数該当月(注)	24,600円

(注) 多数該当月とは、同一世帯で過去12か月の間に3回以上高額療養費が支給されている場合の4回目以降の月をいいます。

注意事項

任意継続組合員の方は、任意継続組合員用の申請書をご利用ください。

適用区分オ(住民税非課税者)に該当する場合は、この様式ではなく、別紙様式第24号の3による「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に市町村民税非課税証明書を添付の上、申請してください。

《記入例》

別紙様式第24号

《現職組合員用》

公立学校共済組合限度額適用認定証交付申請書

組合員等記号番号	公立北海道 012345		枝番 (00)
組合員氏名	公立 花子		
組合員生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 55 年 10 月 1 日		
所属所名	〇〇市立〇〇小学校	職名	教諭
適用対象者氏名	公立 太郎 実際に使う方		
適用対象者生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 18 年 5 月 至年月日が不明の場合、空欄でも可		
入院・外来期間(予定)	令和 6 年 10 月 27 日から 令和 6 年 11 月 11 日まで		
※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			
病院の指示により、限度額適用認定証が届くまで10月分の医療費の支払いを保留しているため			
適用区分 (該当する項目にレ点を記入)	☐ ア (標準報酬月額83万円以上) ☐ イ (標準報酬月額53万円以上83万円未満) ☒ ウ (標準報酬月額28万円以上53万円未満) 標準報酬月額から該当する区分を選択し、レ点を記入してください。 ☐ エ (標準報酬月額28万円未満)		
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合北海道支部長 様 令和 6 年 11 月 5 日			
〒 000 - 1234		TEL (0000) 11 - 2222	
住所 〇〇町〇〇1丁目2-3		組合員氏名 公立 花子 印	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 6 年 11 月 5 日 〒 123 - 0000 TEL (0000) 00 - 0000			
所在地 〇〇市〇〇1条2丁目3-4		所属所名称 〇〇市立〇〇小学校	
長の職・氏名 校長 〇〇 〇〇		職印	

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。