

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

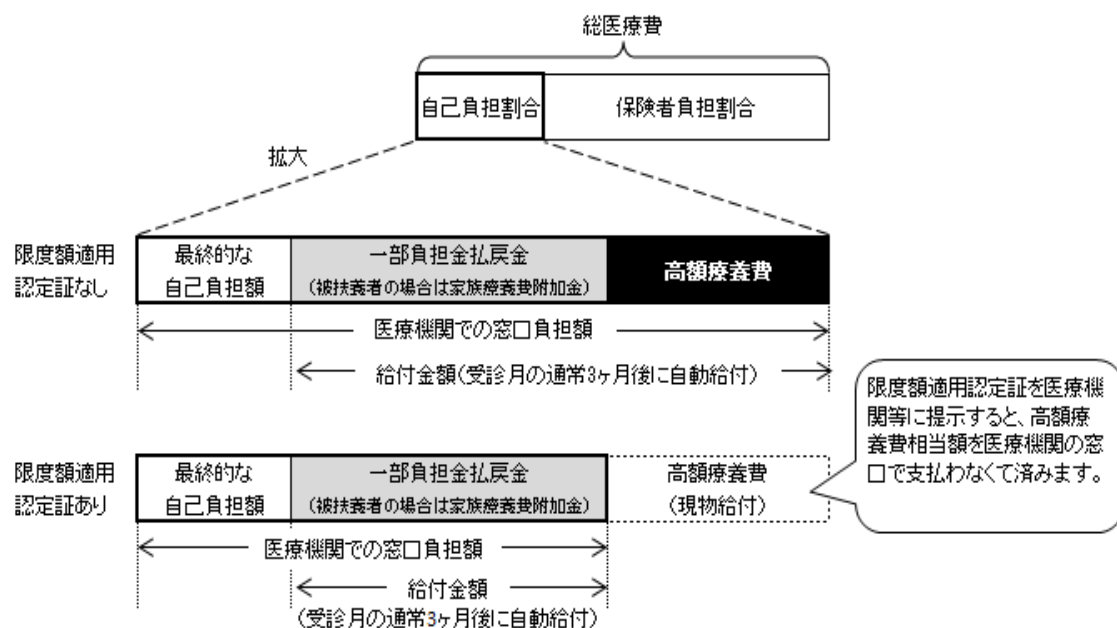
組合員証の記号番号	公立石川		
組合員氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
※ 所属機関	名 称		
	所在地		
申請の日の属する標準報酬月額(短期)		第 等級	円
適用対象者氏名		性別	男 ・ 女
適用対象者生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (続柄)		
適用期間 (入院・外来期間)予定	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。 公立学校共済組合石川支部長 殿 平成 年 月 日 〒 - 組合員 住所 氏名 ⑩ 電話			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 ※ 所属機関の長 職名 氏名 ⑩			

適用期間を延長する場合は、この申請書に既に交付されている限度額適用認定証を添付してください。
限度額適用認定証は共済組合へ申請のあった日の属する月の1日からの期間について発行します。
前月分の期間についての申請をする際は、事前に医療機関の了承を受けたうえで提出願います。
(医療機関の了承を得た場合は必ずその旨を余白に記載ください。)

※ 任意継続組合員(短時間再任用の場合も含む)の方は、所属機関についての記入、証明をせず直接共済組合へ提出してください。

<限度額適用認定証とは>

限度額適用認定証とは、70歳未満の組合員及び被扶養者が、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適用区分に応じた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、自己負担限度額を超えた額(高額療養費)を窓口で一時負担する必要がなくなる制度です。



(注) 限度額適用認定証を使用しなかった場合は、受診月の通常3か月後に高額療養費を含む給付金が給付されますので、最終的な自己負担額は、限度額適用認定証を使用したときと変わりません。

<自己負担限度額の適用区分>

表1 高額療養費自己負担限度額(平成27年1月診療分から)

区分	掛金の標準となった標準報酬月額	高額療養費の自己負担限度額	
ア	83万円以上	通常の月	$252,600円 + (総医療費 - 842,000円) \times 1\%$
		多数該当月 ※	140,100円
イ	53万円以上83万円未満	通常の月	$167,400円 + (総医療費 - 558,000円) \times 1\%$
		多数該当月 ※	93,000円
ウ	28万円以上53万円未満	通常の月	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$
		多数該当月 ※	44,400円
エ	28万円未満	通常の月	57,600円
		多数該当月 ※	44,400円
オ	住民税非課税者	通常の月	35,400円
		多数該当月 ※	24,600円

※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。