

(給付様式第4-4号)

限度額適用認定申請書

マイナ保険証を利用することで、窓口で限度額以上の支払いが免除になるため、 マイナ保険証をお持ちの方は申請不要です。 (ただし、市町村民税非課税者は、※1を参照してください。)			
組合員等 記号・番号	公立神奈川	組合員氏名	
(所属コード) 所属所名		所属所 電話番号	- -
認定を受けようとする者の氏名		認定を受けようとする者の生年月日	年 月 日
標準報酬月額	円	区分 (共済組合 使用欄)	
入院期間	年 月 日から	年 月 日まで	未定
申請期間 ※2	年 月 から	年 月 まで	
医療機関等への高額療養費を含んだ医療費	支払済 ※3	未支払	
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 年 月 日 組合員氏名 (署名)			

認定証送付先

所属所・組合員自宅・その他 ()
〒 - 電話 - - 様

- ※1 市町村民税非課税者で標準報酬月額が53万円未満の方は、この申請書を提出してください。提出の際は、療養の月の属する年度(療養の月が4月から7月までの場合は前年度)分の市区町村発行の非課税証明書を添付してください。
- ※2 申請受付は申請期間の始期一月前からです。なお、申請期間は最長一年間です。
- ※3 支払済の方は、短期給付金の支給をお待ちください。(高額療養費の申請は不要です。)

< 提出先・問合せ先 >
〒 231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

限度額適用認定申請書

マイナ保険証を利用することで、窓口で限度額以上の支払いが免除になるため、 <u>マイナ保険証をお持ちの方は申請不要です。</u> (ただし、市町村民税非課税者は、※1を参照してください。)								
組合員等 記号・番号	公立神奈川 0 X X X X X					組合員氏名	神奈川 一郎	
(所属コード) 所属所名	4 X X X X 県立〇〇高等学校					所属所 電話番号	045 - 210 - 1111	
認定を受けようとする者の氏名	神奈川 花子					認定を受けようとする者の生年月日	昭和45年 1 月 23 日	
標準報酬月額	440,000 円					区分 (共済組合 使用欄)	記入しないでください。	
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで・未定							
申請期間 ※2	〇 年 1 月 から 〇 年 6 月 まで							
医療機関等への高額療養費を含んだ医療費						支払済 ※3	未支払	
上記 公	・ 申請期間の末月の記載がない場合及び1年間以上の申請期間が記載されている場合は、申請期間の初月から1年間の有効期限の証を発行します。 ・ 申請期間が申請年月より過去のものとは原則発行できません。 ・ 入院、調剤等の事由発生後の申請の場合、医療機関等への高額療養費を含んだ医療費の支払いに関して、欄のチェックをお願いします。尚、事由発生前の場合は不要です。					組合員氏名 (署名) 神奈川 太郎		

認定証送付先 簡易書留郵便で送付します。

所属所・組(合員自)宅・その他 ()
〒 - 電話 045 - 210 - XXXX

認定証送付先が組合員自宅の場合は、住所等を記載する必要はありません。
送付先が「その他」の場合のみ住所を記入してください。
ただし、「組合員自宅」の場合、電話番号を記入してください。

- ※1 市町村民税は、療養の月の属する年度(療養の月が4月から7月までの場合は前年度)分の市区町村発行の非課税証明書を添付してください。
- ※2 申請受付は申請期間の始期一月前からです。なお、申請期間は最長一年間です。
- ※3 支払済の方は、短期給付金の支給をお待ちください。(高額療養費の申請は不要です)

所属所文書受付印	共済組合文書受付印
任意継続組合員の方は 所属コード、所属所所在地、 所属所文書受付印の記入・押印は必要ありません。	

< 提出先・問合せ先 >
〒 231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179