

限度額適用認定申請書

組合員等記号番号		公立高知 (枝番) 00			
組合員氏名					
所属所名		名 称			
		所在地			
適用 対象者	氏 名				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
入院（予定）期間 ※入院の場合のみ記入		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで			
認定証の送付先 ※いずれかに○をつける		所属所・自宅・その他 ※その他の場合のみ送付先を記入 〒 -			
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 年 月 日 組合員氏名					
上記のとおり申請がありましたので、提出します。 令和 年 月 日 所属所長名					

- (注) 1. **オンライン資格確認を導入している医療機関等において、マイナ保険証を利用する場合、**限度額適用認定証がなくても高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されますので、**申請書の提出は不要です。**
2. 限度額適用認定証の**発効年月日（使用可能となる日）は、申請日の属する月の初日となります**（申請月の途中から組合員（又は被扶養者）の資格を取得した方の発効年月日は資格取得日）。ただし、既に当該認定証の交付を受けている方で、有効期限後も継続して必要となる場合は前もって申請してかまいません。
3. **既に医療機関への支払いを済まされている場合は、申請書の提出は不要です。**高額療養費の支給対象となる医療費があれば、後日（原則として受診月の3ヵ月後の月末）に共済組合から自動給付します。
4. 送付先として「自宅」を選択した場合は組合員の住所へ送付します。別居する被扶養者の住所を希望する場合は「その他」を選び、送付先を記入してください。

※共済組合使用欄	申請の日の属する月の 標準報酬の月額			円	所得区分	
		次長	次長	班長	係	
上記の申請について、限度額適用認定証を交付してよろしいか伺います。 令和 年 月 日						

限度額適用認定申請書

組合員等記号番号		公立高知 ○○○○○○ (枝番) 00	
組合員氏名		公立 花子	
所属所名		名 称	○○○学校
		所在地	○○市○○町 1 1 2 3
適用 対象者	氏 名	公立 太郎	
	生年月日	昭和 平成 令和 ○○年○○月○○日	
入院 (予定) 期間 ※入院の場合のみ記入		令和 ○年 2 月 1 5 日 から 令和 ○年 2 月 2 7 日まで	
認定証の送付先 ※いずれかに○をつける		所属所 自宅 その他	
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。			
公立学校共済組合高知支部長 様			
令和○ 年 2 月 5 日			
組合員氏名 公立 花子			
所属所長名 高知 太郎			

入院日は、記入日現在の予定を記入してください。未定の場合は空欄で構いません。

※その他の場合のみ送付先を記入してください。

「自宅」の場合は、組合員の自宅宛てに送付します。被扶養者の自宅へ送付希望の場合、「その他」へ記入して下さい。

認定証の発効日（使用可能となる日）は、ここへ記入された申請日の属する月の初日となります。この例の場合、2月1日が発効日となり、2月診療分から使用できる認定証を交付します。

(注) 1. オンライン資格確認を導入している医療機関等において、マイナ保険証を利用する場合、限度額適用認定証がなくても高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されますので、申請書の提出は不要です。

2. 限度額適用認定証の発効年月日（使用可能となる日）は、申請日の属する月の初日となります（申請月の途中から組合員（又は被扶養者）の資格を取得した方の発効年月日は資格取得日）。ただし、既に当該認定証の交付を受けている方で、有効期限後も継続して必要となる場合は前もって申請してかまいません。

3. 既に医療機関への支払いを済まされている場合は、申請書の提出は不要です。高額療養費の支給対象となる医療費があれば、後日（原則として受診月の3ヵ月後の月末）に共済組合から自動給付します。

4. 送付先として「自宅」を選択した場合は組合員の住所へ送付します。別居する被扶養者の住所を希望する場合は「その他」を選び、送付先を記入してください。