

限度額適用認定申請書

共済組合受付印

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は、任意継続組合員の方は、所属所コードを“999999”、所属所名は「任意継続」と記入してください。

任意継続組合員の方は、所属所コードを“999999”、所属所名は「任意継続」と記入してください。

組合員証記号番号										組合員氏名									
公立三重	0	9	8	7	6	5	4	3	公立 花子										
所属所コード						所属所名						掛金の基礎となる標準報酬月額							
1	2	3	4	5	6	津市立共済小学校						380,000 円							
適用対象者																			
(フリガナ) 氏名										月日									
コウリツ 公立 太郎										4 0 3 2 1									
令和：5										令和：5									
入院等期間 ※1										限度額適用認定証の送付先 ※2									
(自)					(至)					○					所属所宛				
年号		年	月	日	年	月	日	自宅宛					適用区分						
令和：5	5	×	×	×	×	×	×	◇	◇	◇	◇	◇	◇	ア 83万円～ イ 53万円～79万円 ウ 28万円～50万円 エ ～26万円					
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。																			
公立学校共済組合三重支部										必ず記入してください									
令和 XX 年 XX 月 XX 日										〒 ΔΔΔ - ΔΔΔΔ									
申請者 (組合員)										住所 三重県津市〇〇町XX番地									
										氏名 公立 花子									
										TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇									

- ※1. 期間が確定している場合は、おおよその見込期間を記入してください。至年月は空欄で構いません。外来診療にも使用できます。外来診療のみで利用する場合は、今回の限度額適用認定証が必要となるおおよその期間を記載してください。自年月または当支部受付日の属する月の初日のどちらか早い方の日付から有効な限度額適用認定証を発行します。自年月日は必ず記載してください。
- ※2. 簡易書留で送付します。自宅宛希望は受取人がいる場合のみ選択してください。

摘要欄