公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員等記号・番号	公立大分			
組合員氏名			性別	男・女
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日			
所属所	名称			
	所在地	〒		
申請の日の属する月の標準報酬月額		円		
適用対象者氏名			性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日			
入院等期間	令和　　年　　月　　日　から　令和　　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。

公立学校共済組合大分支部長　殿

年　　月　　日

組合員　住所　〒

氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　　月　　日

所属機関の長　職名

氏名

希望する送付先	所属所　・　自宅等　〒

※ 限度額適用認定証は、原則オンライン資格確認を受けることができない場合（マイナ保険証を保有していない方等）に申請により交付します。
※ マイナ保険証を利用する場合は、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いが免除されます。本申請は不要となるため、ぜひマイナ保険証をご利用ください。

【限度額適用認定証の申請から発行までの流れ】
①必要箇所に記入の上、所属所長の証明を経て、大分支部あて提出する。
②申請書が大分支部に到着後、数日のうちに認定証を発行し、希望送付先へ送付します。

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

記入例

組合員等記号・番号	公立大分　**123456**		
組合員氏名	**大分　太郎**	性別	(男)・女
生年月日	(昭和)・平成　**45**　年　**5**　月　**20**　日		
所属所	名称	**大分県立○○高等学校**	
	所在地	〒**870－0000** **大分市府内町3丁目10番1号**	
申請の日の属する月の標準報酬月額	**500，000**　円		
適用対象者氏名	**大分　花子**	性別	男・(女)
生年月日	(昭和)・平成・令和　**48**　年　**8**　月　**13**　日		
入院等期間	令和**7**年　**1**月　**20**日　から　令和**7**年**10**月**31**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。

入院・外来に関わらず、高額な医療費が見込まれるおおよその期間をご記入ください。
※有効期間は、申請日の属する月から最長1年間となります。
ただし、申請月の途中から組合員(被扶養者)の資格を有した方は、資格取得日からとなります。

公立学校共済組合大分支部長　殿

令和**7**年　**1**月　**10**日

組合員　住所　〒**870－1234**
大分市大手町1－1－1　○○アパート102

氏名　**大分　太郎**

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和**7**年　**1**月**10**日

自宅等へ送付希望の場合、送付希望先住所とあて先を右欄に記入してください。
入院中の病院をあて先に指定する場合は、必ず事前に病院の許可を得てください。

所属機関の長　職名　**大分県立○○高等学校長**

氏名　**県立　一郎**

希望する送付先	(所属所)・自宅等	〒

※ 限度額適用認定証は、原則オンライン資格確認を受けることができない場合（マイナ保険証を保有していない方等）に申請により交付します。
※ マイナ保険証を利用する場合は、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いが免除されます。本申請は不要となるため、ぜひマイナ保険証をご利用ください。