

限度額適用認定申請書

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

※ 決裁	確認	係員

組合員証記号番号		1. 現職 2. 任継		※ 交付年月日		
所属所	所在地			※ 適用区分		
	名称			ア イ ウ エ オ 現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ		
組合員	氏名			短期標準 報酬の月額	等級  円	
	生年月日	年	月			日
適用対象者	氏名			続柄		
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒 -				
療養期間（見込）		年 月 日 ~		年 月 日		
限度額適用・標準負担額減額認定申請の場合記入	長期入院（90日を超える場合は該当）		<input type="checkbox"/> 該当（下欄に記入してください）		<input type="checkbox"/> 非該当	
	①	申請前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から		日間	
			年 月 日まで			
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
	②	申請前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から		日間	
			年 月 日まで			
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
	③	申請前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から		日間	
			年 月 日まで			
	入院した保険医療機関等	名称				
所在地						
上記のとおり申請します。						
茨城県市町村職員共済組合理事長 様						
年 月 日						
申請者 住所 (組合員) 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						
所属所長 職名 氏名						

- この申請書は、適用対象者ごとに提出してください。
- 「限度額適用認定申請書」又は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」のどちらかにチェックマークを付けてください。
- 「限度額適用・標準負担額減額認定」に該当するのは、組合員が「市町村民税非課税者」かつ「短期標準報酬の月額が50万円以下」の場合です。該当する場合は資格関係様式「同意書」又は「非課税証明書」を添付してください。
- 原則として医療機関等の窓口で医療福祉費助成制度（マル福）が利用できる場合は申請不要です。ただし、「限度額適用・標準負担額減額認定」に該当する場合は申請が必要です。
- 交通事故など第三者加害行為による療養の場合は申請できません。
- ※欄は記入しないでください。

受付印

