

伺	下記のとおり決定してよろしいか お伺いたします。	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係

限度額適用認定申請書

医療機関によるオンライン資格確認が導入されたことにより、窓口での限度額適用認定証の提示は原則不要となりました。医療費が高額になる際は、医療機関窓口でオンライン資格確認での限度額区分の確認を依頼してください。医療機関都合により限度額適用認定証の提示を求められた場合は、下記にチェックをして申請してください。
※住民税非課税者はオンライン資格確認による限度額区分の確認ができないため申請が必要です。

申請前確認 (どちらかに ☑をつけて ください)	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関窓口でオンライン資格確認による限度額区分の確認を依頼しましたが、限度額適用認定証の提示を求められたため申請します。 (医療機関名 ×××総合病院)
	<input type="checkbox"/> 住民税非課税のため申請します。

組 合 員	組合員証 記号番号	100 — 100	所属所名	〇〇市		
	氏名	共済 太郎		生年月日	昭和 40 年 1 月 1 日	
	性別	男・女	申請時の標準報酬月額	360,000 円		※所得区分
適用対象者	氏名	共済 花子		生年月日	昭和 38 年 10 月 10 日	
	性別	男・女	組合員 との続柄	妻	住所	山形県〇〇市△△1-1-1
申請理由	<input type="checkbox"/> 外来（訪問看護）医療費支払いのため <input checked="" type="checkbox"/> 入院医療費支払いのため 入院見込期間 令和 6 年 4 月 10 日 ~ 令和 6 年 4 月 25 日 ※原則共済組合の受付日の属する月からの適用となり、遡っての適用はできません。					
上記のとおり申請します。 山形縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 6 年 4 月 5 日 組合員 住 所 山形県〇〇市△△1-1-1 氏 名 共 済 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 6 年 4 月 5 日 所属所長 職 名 〇 〇 市 長 氏 名 〇 〇 〇 〇						



(R6. 4. 1)

※ 住民税非課税の場合は、非課税証明書又は同意書（地方税関係情報取得用）を添付してください。
 ※ 退職したとき、被扶養者認定取消となったとき、有効期限に達したときは証を返納してください。
 ※ 所得区分欄は記入しないでください。