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

限度額適用認定申請書

！申請前に必ずお読みください！

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（以下「限度額証」といいます。）の提示は原則不要となりました。（マイナ保険証をお持ちでなくても、口頭でオンライン資格確認による限度額の照会に同意することで、限度額証の提示が不要となります。）

医療費が高額になる際は、まず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。（入院の案内の際に必要書類として限度額証を求められることがありますが、実際には必要のない事例が頻発しています。）

機器の未導入等、医療機関都合により限度額証の提示を求められた場合のみ、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。非課税者の区分は、共済組合で受付した月から次の７月末までの有効期限となり、遡っての適用はできません。

申請前確認 ※どちらかに☑をつけてください。 **☑がないものは返戻します。**	
	□ 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　　）
	☑ 住民税非課税のため申請します。

組　合　員	組合員等記号番号	100	—	9999	所属所名	○○市
	氏名	共済　太郎			生年月日	昭和　○　年　○　月　○　日
	性別	男　女	申請時の標準報酬月額		142,000　円 住民税非課税の場合は☑ ☑	※所得区分
適用対象者	氏名	共済　太郎			生年月日	昭和　○　年　○　月　○　日
	性別	男　女	組合員との続柄	本人	住所	○○市○○町○－○－○
申請理由	□ 外来（訪問看護）医療費支払いのため ☑ 入院医療費支払いのため 入院見込期間　令和　○　年　○　月　○　日　～　令和　○　年　○　月　○　日 ※原則共済組合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。

山形県市町村職員共済組合理事長　　様

令和　○　年　○　月　○　日

組合員
住　　所　○○市○○町○－○－○
氏　　名　共済　太郎
電話番号　○○○　－　○○○　－　○○○○

※実際に限度額証が必要か確認が必要な場合はご連絡する場合があります。

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和　○　年　○　月　○　日

所属所受付印

所属所長
職　　名　○　○　市　長
氏　　名　○　○　○　○

(R7.4.1)

※ 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。