

限度額適用認定申請書

事前 確認	原則、紙の「限度額適用認定証」は不要となりましたので、記入前に医療機関や薬局等へ必要かどうかをご確認ください。	
	1. 保険証登録済マイナンバーカードをお持ちの方……………マイナンバーカードの利用を申し出てください。	
	2. 保険証登録済マイナンバーカードをお持ちでない方……………保険証を提示のうえ、限度額区分の照会を申し出てください。	
上記1, 2のように申し出たが紙の認定証を求められた方……………本申請書により紙の認定証の交付申請をしてください。		
・確認した医療機関等の名称をご記入ください →		名称 〇〇病院

所属所名	〇〇区役所	適用対象者氏名	共済 健太郎	続柄	本人
組合員氏名	共済 健太郎	適用対象者生年月日	昭和 56年 1月 15日	限度額適用認定証交付歴 ① 初めて 2. 返還済み 3. 未返納 4. 紛失	
組合員証番号	0 1 2 3 4 5 6 7	療養予定期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 年 月 日まで		
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。 東京都職員共済組合理事長 殿 〒163 - 0000 (電話) 03 - ×××× - △△△△ 年 月 日 住所 東京都新宿区中央1-2-3 申請者 氏名 共済 健太郎 共済				既発行の限度額適用認定証が未返納の場合には、同証を添えて申請してください。 同証を紛失した場合には、限度額適用認定証等紛失届(別紙様式3)を添えて、申請してください。	
申請年月日記入 *申請者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。					
組合員が申請できない場合(申請代行)	申請代行者氏名	*記名押印または自筆による署名 印		代行理由	
	代行者連絡先	(電話) - -	関係		
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 職名 〇〇区長 所属所長 氏名 所 雅治 公印				共済組合受付印 課長代理 担当	
証明年月日記入 *任意継続組合員の方は所属所長による証明は不要です。					

[注意事項1]

限度額適用認定証は、組合員または被扶養者が療養を受ける場合に、医療機関での高額療養費分の窓口負担額を軽減するための制度です。
 限度額適用認定証を医療機関に提示することで、窓口での負担額は、自己負担限度額まで軽減されます。
 月ごと、同一診療機関ごと、入院・外来ごとに、窓口負担額が高額(下記の【適用区分】を超える窓口負担額)になることが予想される場合に、交付を申請してください。

[注意事項2]

任意継続組合員の方は、切手を貼った返信用封筒(長形3号サイズ)を同封し都共済へ申請書を直接送付してください。

[注意事項3]

限度額適用認定証を提示しなかった場合は、高額療養費は医療機関等からの請求によって都共済が処理するので、組合員の請求手続は不要です。
 高額療養費は原則として、受診月から約3か月後に指定口座へ振込みます。

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不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

70歳未満			70歳以上75歳未満		
適用区分	窓口負担額	標準報酬月額	適用区分	窓口負担額	標準報酬月額
ア	252,600円超	83万円以上	(現役並みⅢ※1)	252,600円超	83万円以上
イ	167,400円超	53万円~79万円	現役並みⅡ	167,400円超	53万円~79万円
ウ	80,100円超	28万円~50万円	現役並みⅠ	80,100円超	28万円~50万円
エ	57,600円	26万円以下	(一般※1)	57,600円※2	26万円以下

※1 「現役並みⅢ」または「一般」の区分の方は、限度額適用認定証の交付申請は不要です。限度額適用認定証の代わりに高齢受給者証を医療機関へ提示してください。

※2 個人単位の窓口負担額は、外来のみで18,000円となります。

(共済処理欄)

<input type="checkbox"/> 現職 <input type="checkbox"/> 任継 限度額適用認定証照会⇒検索対象データ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 認定証回収年月日 年 月 日	【公災・第三者】 有 ・ 無	円 【70歳未満】ア・イ・ウ・エ 【70歳以上】I・II
--	-------------------	--

