○　70歳以上75歳未満の高齢受給者は、「高齢受給者証」を医療機関に提示することで限度額適用認定証と同様な措置が受けられます。ただし、高齢受給者証に記載されている一部負担の割合が「3割」であって、組合員の標準報酬月額が28万円以上79万円以下である高齢受給者が医療機関でマイナ保険証を利用せずに限度額の適用を受けようとする場合は限度額適用認定証の申請が必要です。
○　組合員が低所得者に該当する場合は、限度額適用・標準負担額減額認定証の申請をする必要があります。

共済組合受付印
共済組合使用欄
ア・イ・ウ・エ

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号		○○○　－　○○○○○	標準報酬月額	21 等級	280 千円
組合員	氏名	共済　太郎	所属所	名称	○○市役所
	生年月日	(昭)・平　○○年○○月○○日		所在地	○○市○○町○－○
適用対象者	氏名	共済　花子	性別	男　・　(女)	
	住所	○○市××町△△丁目○○番××号			
生年月日及び続柄		(昭)・平・令　△△年　△△月　△△日	続柄	妻	
入院等の開始日		(入院)・通院　：　令和××年　××月から開始予定			
希望送付先		1　職場　　2　組合員の自宅　(○)3　入院先医療機関　　4　その他			
「3　入院先医療機関」または「4　その他」を希望の場合は、送付先をご記入ください。		〒○○○－△△△△ ○○市△△町××丁目△△番○○号　○○市民病院			
受取者		氏名　会計係　　「4 その他」の場合、組合員との続柄（　　）			

上記のとおり申請します。

大分県市町村職員共済組合理事長　　様

令和　○○　年　○○　月　○○　日

申請者（組合員）　住所　○○市××町△△丁目○○番××号

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　○○　年　○○　月　○○　日

所属所長　職名　○○市長

氏名　○○　○○

※ 任意継続組合員の場合、所属所長の証明は不要です。　R6.4

※ 認定証の有効期限は１年を超えない期間で交付します。組合員証等に有効期限が設定されている場合は組合員証等の有効期限が上限となります。

※ マイナ保険証を利用すれば、本申請を行わなくても限度額を超える支払が免除されます。