

○ 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		〇〇〇 - 〇〇〇〇	標準報酬月額		〇 等級 〇〇 千円
組合員	氏名	共済 太郎		名称	〇〇市役所
	生年月日	昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日	所属所	所在地	〇〇市〇〇町1-2
適用対象者	氏名	共済 花子		男 ・ 女	
	住所	〇〇市〇〇町3-4			
生年月日及び続柄		昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日	続柄	妻	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>大分県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>住所 〇〇市〇〇町3-4</p> <p>申請者 氏名 共済 太郎 </p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>職名 〇〇市長</p> <p>所属所長 氏名 〇〇 〇〇 </p>					

送付先 1. 職 場

2. 自 宅

3. その他 ()