課長	保　　健	係

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号	―				
又は個人番号※					
組合員	氏　名		所　属 機関名	名　称	
	生年月日	年　月　日		所在地	
適用対象者	氏　名			性　別	男　・　女
	個人番号※				
	住　所				
	生年月日	年　月　日		続　柄	

医療機関等でマイナ保険証を使用する場合は
限度額適用認定証の交付申請は不要です。

上記のとおり申請します。

栃木県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

住所
請求者
氏名

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

職名
所属所長
氏名

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

○　以下の方が医療機関等で療養を受け、一部負担（自己負担）が高額になる場合は、この申請書により共済組合へ限度額適用認定証の交付を申請してください。

・70歳未満の組合員及びその70歳未満の被扶養者

・標準報酬月額28万円以上83万円未満の70歳以上の組合員及びその70歳以上の被扶養者

○　この申請は、適用対象者ごとに行う必要があります。

○　適用区分及び限度額は次のとおりです。

適用区分	標準報酬月額	限　度　額
ア	83万円以上	252,600円　＋　（医療費－842,000円）×１％
イ	53万円以上83万円未満	167,400円　＋　（医療費－558,000円）×１％
ウ	28万円以上53万円未満	80,100円　＋　（医療費－267,000円）×１％
エ	28万円未満	57,600円