課長	保　　健	係

限 度 額 適 用 認 定 申 請 書

組合員証記号番号	１２３　－　４５６７				
又は個人番号※	1 2 必須ではありません 9 0 1 2				
組合員	氏　名	共済　太郎	所　属 機関名	名　称	○○市役所
	生年月日	昭和○○年　３月　１日		所在地	○○市○○町１－２－３

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。

適用対象者	氏　名	共済　太郎	性　別	男 ・ 女
	個人番号※	1 2 必須ではありません 9 0 1 2		
	住　所	○○市○○町４－５－６		
	生年月日	昭和○○年　３月　１日	続　柄	本人

認定証には、共済組合に登録のある住所が印刷されます。
登録住所を変更する場合は、「組合員証（組合員被扶養者証）記載事項等変更申告書」をあわせて提出してください。

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

請求者
住所　○○市○○町４－５－６
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

所属所長名
職名　○　○　市　長
氏名　○　○　○　○

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

○　以下の方 … 場合は、この申請書により共済組合へ限度額 …

・70歳 …

・標準 … 上の被扶養者

○　この申 …

高齢受給者証の交付を受けた以下の方は、高齢受給者証を医療機関の窓口で提示することで支払が自己負担限度額までになるため、限度額適用認定証の申請は不要です。

・高齢受給者証の負担割合が2割
・高齢受給者証の負担割合が3割で、標準報酬月額が83万円以上

○　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