

限度額適用認定申請書
限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------|---|------|---|
| 組合員の 記号番号 (職員番号) | 仙 市 | 組合員 氏 名 | | 所 属 | |
| 対象者氏名 | | | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 |
| 入院期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 未定又は外来の場合は記入不要 | | | | |
| 受領方法 | <input type="checkbox"/> 勤務先 (市内メール便) | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> その他 () 〒 - | | |
| マイナンバー制度における情報連携 での住民税情報の確認 | <input type="checkbox"/> 同意する | | <input type="checkbox"/> 同意しない ※ 組合員が住民税非課税で同意しない場 合は市区町村発行の非課税証明書が必要 です。 | | |
| 上記のとおり申請します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 〒 - 住 所 組合員 氏 名 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 電 話 番 号 | | | | | |

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いが免除されます。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。
ただし、住民税非課税の場合は事前申請が必要です。

以下①～③は組合員が住民税非課税で申請日の前1年間に入院日数（非課税の期間に限る）が90日を超える場合にご記入ください。

| | | | | | |
|---|-------------------|--------------------------|--|--|--|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（ 日間） | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（ 日間） | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| ③ | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（ 日間） | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | |

【添付書類】長期入院に該当する場合は、入院期間を確認できる書類

| | | | | | |
|---------|---------|---------------------------|-----|----|--------|
| 共済組合受付印 | 共済組合処理欄 | | | | |
| | 情報確認 | 確認日 | 月 日 | 年度 | 課税 非課税 |
| | 適用区分 | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ | | | |
| | | 現役並Ⅰ ・ 現役並Ⅱ ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ | | | |
| | 長期入院 | 該当 ・ 非該当 | | | |
| | 交付日 | 令和 年 月 日 | | | |