

限度額適用認定申請書
限度額適用・標準負担額減額認定

記入例

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市 1234567	組合員 氏 名	仙 台 太 郎	所 属	〇〇局 △△課
対象者氏名	仙 台 太 郎		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 5 年 5 月 5 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	<input checked="" 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 checked="" 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 7 年 3 月 1 日 〒 9 9 9 - 1 2 3 4 住 所 仙 台 市 〇 〇 区 〇 〇 町 3 - 1 - 1 組合員 氏 名 仙 台 太 郎 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 電 話 番 号 012-345-6789					

受付後、数日で認定証を送付します。
送付先をご記入ください。

共済組合が申請を受付した月の1日から6か月間有効の認定証を交付します。遡及して交付を希望する場合は、余白にその旨ご記入ください。
(例) 5月1日からの認定証交付希望

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなくされます。限度額適用認定証の事前申請は不要となります。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)	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

該当する場合のみ記入

【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				