

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記入例

この様式は、組合員が市町村民税非課税者等である場合、本人又はその被扶養者が、「限度額適用認定証」の交付を申請するとき使用します。

保険証（組合員証）に記載された番号をそれぞれ記入してください。

			共済	事務局次長	係長	係員
				オ・I・II		
				入院	該当	非該当

組合員	組合員証	記号 ●●●●	番号 ●●●●●●	氏名 ●● ●●
	所属機関 名称	(局・室・区) (部) (課) ●●●●●●局●●部●●●●課		電話 (内線 ●●●-●●●)
認定対象者	氏名	●● ●●	生年月日	S●●年●●月●●日
	療養期間 (予定)	令和●●年●●月 から 令和●●年●●月 まで		
認定証送付先	<input checked="" type="radio"/> 所属 ・ <input type="radio"/> その他※ ※どちらかに○をつけてください。『その他』の場合は送付先名称・住所等をご記入ください。			
上記のとおり申請します。 福岡市職員共済組合理事長 様 令和●●年●●月●●日 組合員 住所 ●●県●●市●●●●●● 氏名 ●● ●●				

【添付書類】 組合員の非課税証明書

《注意事項》

- 市町村民税非課税者である組合員は、所得証明書(市町村民税(非)課税証明書)(療養を受ける月が、4月から7月の場合は前年度のもの、8月から翌年3月の場合は当年度のもの)を添付してください。
- 当該認定証の有効期間は、最長で申請月から7月末までとなります。8月以降の認定証については、当該年度の非課税証明書を添付の上、再度申請を行ってください。
- 認定を受けようとする者が生活保護法の要保護者であって、この特例を受けることにより要保護者とならない者については、福祉事務所長の「限度額適用・標準負担額減額認定該当(オ)、(I)又は(II)」と記載された保護廃止決定通知書等の写しを添付してください。
- 認定を受けようとする者の申請日前1年間の入院日数が90日を超える場合(以下「長期該当者」という。)は、入院時食事療養費の負担額が減額されます。長期該当者として申請するときは、裏面の入院期間等を記入の上、領収書等の写しで入院日数が確認できるものを添付してください。
- 限度額適用・標準負担額減額認定証(以下「限度額証」という。)の交付を受けた後に長期該当者となったときは、限度額証と上記3の確認書類を添えて再度申請してください。
- 本申請書に記載された個人情報は、当該認定証の交付及び共済システム入力のために利用します。

ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入してください。			入院日数合計(日間)	
長期入院	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
	入院を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 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
	入院を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 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
	④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間	
		令和 年 月 日まで		
入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地			

(備考)認定を受けることができるのは、次に掲げる者です。

(1)70歳未満

- ①組合員で市町村民税非課税者である者又はその被扶養者(区分:オ)
- ②生活保護法の要保護者であって、この特例を受けることにより、要保護者とならない者。(区分:オ)

(2)70歳以上

- ①組合員で市町村民税非課税者である者又はその被扶養者(区分:Ⅱ)
- ②組合員及びその被扶養者のすべてについて、地方税法上の市町村民税に係る総所得金額及び山林所得に係る各所得の金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額がない者。(区分:Ⅰ)
- ③生活保護法の要保護者であって、この特例を受けることにより、要保護者とならない者。(区分:Ⅱ)