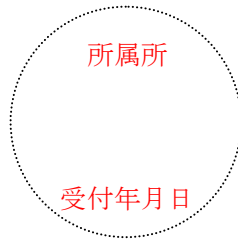


記入例

限度額適用認定申請書



組 合 員	氏 名	〇〇 〇〇		組合員証 記号番号	〇〇〇〇-〇〇〇	
	生年月日	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日	所属機関名	〇〇市	
	申請日の属する月の 標準報酬月額				〇〇〇, 〇〇〇円	区分(*)
適用対象者	氏 名	〇〇 〇〇		組合員 との続柄	〇	
	生年月日	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日	性 別	男・女	
外 来 <input type="checkbox"/> ・ 入 院 <input checked="" type="checkbox"/>		入 院 予 定 期 間	平成〇〇年 〇月 〇〇日 ～ 平成〇〇年 〇月 〇〇日			
送 付 先		<input type="checkbox"/> 所属所担当課 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅				
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。 鳥取県市町村職員共済組合理事長 様 平成〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 〇〇市〇〇町〇-〇-〇 氏 名 〇 〇 〇 〇 氏 申請者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。						
決 裁	平成 年 月 日	事務局次長	課 長	係 長	合 議	主 査

留意事項

70歳未満の者は、総医療費の3割を医療機関の窓口で支払い、その額が下記の自己負担限度額を超えた場合は、その差額が高額療養費として数月後に支給されます。

ただし、療養を受ける際にあらかじめ共済組合から自己負担限度額に係る認定証の交付を受け、組合員証等と共に医療機関に提出することで、窓口負担が下記の自己負担限度額までとなります。

なお、70歳以上の者は高齢受給者証を提示することで、窓口負担が下記の自己負担額までとなりますので、「限度額適用認定証」は必要ありません。

「限度額適用認定証」の交付を受ける場合は、「限度額適用認定申請書」を提出してください。

○70歳未満の者の自己負担限度額

負担区分	自己負担限度額
標準報酬月額 830,000円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <多数該当 140,100円>
標準報酬月額 530,000円～790,000円	167,400円+(医療費-558,000円)×1% <多数該当 930,000円>
標準報酬月額 280,000円～500,000円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <多数該当 44,400円>
標準報酬月額 260,000円以下	57,600円 <多数該当 44,400円>
低所得者 (市町村民税非課税等)	35,400円 <多数該当 24,600円>

○70歳以上75歳未満の者（高齢受給者）の自己負担限度額

負担区分		自己負担限度額	
		外来(個人ごと)	入院を含めた世帯全体
3割	一定以上所得者	44,000円	80,100円+(総医療費-267,000円) ×1/100
	一般所得者	12,000円	44,400円
2割	低所得Ⅱ (市町村民税非課税)	8,000円	24,600円
	低所得Ⅰ(低所得Ⅱのうち 一定の基準に満たない人)		15,000円