

限度額適用認定申請書

【注意】
ボールペンで記入してください。
(消せるボールペンは使用不可)

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。
マイナ保険証の利用可否については、医療機関等に事前にご確認ください。

【送付先】

〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1
日本郵政共済組合共済センター 被扶養者担当 あて

申請日(注2)

令和 年 月 日

組合員欄	組合員番号 (=社員番号8桁)								生年月日 (和暦) 年 月 日
	組合員種別 該当する方を○で囲んでください	組合員						任意継続組合員	
	組合員住所	(〒 - 都道 府県)							
	氏名						電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	

認定対象者欄	必要な方を○で囲んでください	組合員						被扶養者	
	療養を受ける方の氏名						生年月日(注1) (和暦) 年 月 日	続柄	
	入院予定期間 ※入院予定が不明、通院等の場合は記入不要です	(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日							

希望送付先	上記組合員住所と別の住所に送付を希望する場合のみご記入ください。 病院あての場合、必ず事前に病院から了承を得て病院名・病室または事務担当者名までご記入ください。								
	住所	(〒 - 都道 府県)							
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()							
	宛名						該当する項目に☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 申請代行者 <input type="checkbox"/> その他	

申請代行者の欄	組合員が申請できない場合のみご記入ください。								
	氏名	(フリガナ)			組合員との関係				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			該当する申請代行の理由に☑を入れてください		<input type="checkbox"/> 組合員本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他		

注1 70歳以上74歳までの方は「高齢受給者証」を提示することにより医療機関の窓口での負担額が自己負担限度額となるため限度額適用認定申請の必要はありません。

注2 限度額適用認定証の発効年月日は申請のあった月の初日となります。ただし、新たに組合員の資格を取得し又は被扶養者となった月に申請があった場合は、資格取得日又は認定日が発効年月日となります。

注3 限度額適用認定証の有効期限は、次のとおりとなります。

【組合員】 申請月の1日から1年間有効
ただし、対象者が70歳となるときは誕生月の末日(ただし、1日が誕生日の方は誕生月の前月の末日)まで

【任意継続組合員】 申請年度の年度末(3/31)又は任意継続組合員期間満了日のいずれか早い方まで有効
ただし、対象者が70歳となるときは誕生月の末日(ただし、1日が誕生日の方は誕生月の前月の末日)まで

注4 交付された限度額適用認定証は、次のいずれかに該当するときは、速やかに共済センターに返納しなければなりません。

- 有効期限切れ又は入院期間が短縮された等により、使用しなくなったとき
- 組合員資格を喪失したとき
- 限度額適用認定証の交付を受けている被扶養者の認定が取り消されたとき
- 適用区分の変更等により、新証が交付されたとき

共済組合 使用欄	受付	処理	入力者	入力日	審査	1審査	2審査	発送日

限度額適用認定申請書

【注意】
ボールペンで記入してください。
(消せるボールペンは使用不可)

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。限度額適用認定書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。
マイナ保険証の利用可否については、医療機関等に事前にご確認ください。

【送付先】 申請日(注2)
〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1
日本郵政共済組合共済センター 被扶養者担当 あて
令和〇〇年〇〇月〇〇日

例:令和3年11月から使用したい場合
令和3年11月1日と記入してください。

組合員欄	組合員番号 (=社員番号8桁)	0	1	2	3	4	5	6	7	生年月日 (和暦) 平成 △△年 △△月 △△日
	組合員種別 該当する方を○で囲んでください	○組合員								任意継続組合員
	組合員住所	(〒123-4567) 埼玉県さいたま市中央区桜丘1-2-3 共済マンション405号室								
	氏名	共済 太郎			電話番号 (日中の連絡先)	Tel 012 (345) 4567				

限度額適用認定証を使用開始する時点での組合員種別をご記入ください。
・組合員・・・勤務中の組合員
・任意継続組合員・・・退職後も希望により組合員となっているもの

記載された住所が総合人事情報システム又は非正規社員管理システムに登録されている住所と相違している場合は、電話で住所確認してから証を作成するため、発行が遅れる場合があります。

認定対象者欄	必要な方を○で囲んでください	○組合員		○被扶養者	
	療養を受ける方の氏名	共済 太郎		生年月日(注1) (和暦) 平成△△年△△月△△日	続柄 本人
	入院予定期間 ※入院予定が不明、通院等の場合は記入不要です	(和暦) 令和××年××月××日～令和××年△△月△△日			

認定対象者が70歳以上74歳までの方は「高齢受給者証」を提示することにより医療機関の窓口での負担額が自己負担限度額となるため、限度額適用認定申請の必要はありません。

希望送付先	上記組合員住所と別の住所に送付を希望する場合のみご記入ください。 病院あての場合、必ず事前に病院から了承を得て病院名・病室または事務担当者名までご記入ください。				
	住所	(〒000-0000) 埼玉県さいたま市中央区桜丘9-8-7 共済病院 ○棟△号室			
	電話番号 (日中の連絡先)	Tel 012 (345) 4567			
	宛名	共済 太郎	該当する項目に☑を入れてください	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 申請代行者 <input type="checkbox"/> その他	

入院で限度額適用認定証が必要となる期間を記入してください。
入院期間の末日が不明なときは、必要となる期間の初日のみ記入してください。

※有効期限は、次のとおりとなります。
【組合員】 申請月の1日から1年間有効
ただし、対象者が70歳となるときは誕生日の末日(ただし、1日が誕生日の方は誕生日の前月の末日)まで
【任意継続組合員】 申請年度の年度末(3/31)又は任意継続組合員期間満了日のいずれか早い方まで有効
ただし、対象者が70歳となるときは誕生日の末日(ただし、1日が誕生日の方は誕生日の前月の末日)まで

申請代行者の欄	組合員が申請できない場合のみご記入ください。				
	氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子	組合員との関係	妻	
	電話番号 (日中の連絡先)	Tel 123 (456) 7890		該当する申請代行の理由に☑を入れてください	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他

- 注1 70歳以上74歳までの方は「高齢受給者証」を提示することにより医療機関の窓口での負担額が自己負担限度額となるため限度額適用認定申請の必要はありません。
- 注2 限度額適用認定証の発効年月日は申請のあった月の初日となります。ただし、新たに組合員の資格を取得し又は被扶養者となった月に申請があった場合は、資格取得日又は認定日が発効年月日となります。
- 注3 限度額適用認定証の有効期限は、次のとおりとなります。
【組合員】 申請月の1日から1年間有効
ただし、対象者が70歳となるときは誕生日の末日(ただし、1日が誕生日の方は誕生日の前月の末日)まで
【任意継続組合員】 申請年度の年度末(3/31)又は任意継続組合員期間満了日のいずれか早い方まで有効
ただし、対象者が70歳となるときは誕生日の末日(ただし、1日が誕生日の方は誕生日の前月の末日)まで
- 注4 交付された限度額適用認定証は、次のいずれかに該当するときは、速やかに共済センターに返納しなければなりません。
(1)有効期限切れ又は入院期間が短縮された等により、使用しなくなったとき
(2)組合員資格を喪失したとき
(3)限度額適用認定証の交付を受けている被扶養者の認定が取り消されたとき
(4)適用区分の変更等により、新証が交付されたとき

使用欄	共済組合	受付	処理	入力者	入力日	審査	1審査	2審査	発送日
-----	------	----	----	-----	-----	----	-----	-----	-----