

# 限度額適用認定申請書


【注意】  
黒または青の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)

**【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1)  
必要になる月をご記入ください。


令和 年 月 日

組合員欄	組合員証番号							生年月日
							(和暦) 年 月 日	
	組合員種別 <small>該当する方を○で囲んでください</small>	<input type="checkbox"/> 長期組合員 <input type="checkbox"/> 任意継続組合員						
	組合員住所	(〒 - )						
氏名・印			電話番号 (日中の連絡先)	Tel	( )			

※ 自署の場合は押印を省略できます。

認定対象者欄	必要な方を○で囲んでください	<input type="checkbox"/> 組合員		<input type="checkbox"/> 被扶養者	
	療養を受ける方の氏名		生年月日(注2)	続柄	
			(和暦) 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。 <b>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をご記入ください。</b>				
	住所	(〒 - )			
	電話番号 (日中の連絡先)	Tel	( )		
	苑名		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・印	[フリガナ]		組合員との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	Tel	( )		<input type="checkbox"/> 組合員本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 [ ]

注1 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、申請のあった日が発効年月日となります。

注2 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3 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

<b>記入例</b>		<b>限度額適用認定申請書</b>		【注意】黒または青の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)		例：令和1年5月から使用したい場合 令和1年5月1日と記入してください。				
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。 ・長期組合員・・・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										
組合員証番号		0	1	2	3	4	5	6	7	(和暦) 平成 ××年 ××月 ××日
組合員欄	組合員種別 <small>該当する方を○で囲んでください</small>	○長期組合員			○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・印	共済 太郎			(共済)			記載された住所が総合人事情報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。		
	※ 自署の場合は押印を省略できます。									

組合員種別	申請月	発効期間
長期組合員	9月～12月	申請日の属する月の初日～翌年の8月末
	1月～8月	申請日の属する月の初日～当年の8月末

【注意1】9月の標準報酬月額の時決定により適用区分が変更になる場合があるため、発効期間の終期を8月末としています。

【注意2】9月から使用する限度額適用認定証について□

①限度額適用認定申請書の申請日は9月1日と記入してください。

②9月から使用する限度額適用認定証は標準報酬月額の時決定後の適用区分で発行するため、毎年9月中旬までに送付します。

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 花子		生年月日(注2)	続柄
				(和暦) 平成△△年△△月△△日	妻

組合員種別	払込方法	申請月	発効期間
任意継続組合員	年払い	4月～12月	申請日の属する月の初日～翌年の3月末
		1月～3月	申請日の属する月の初日～当年の3月末
	半年払い	4月～9月	申請日の属する月の初日～当年の9月末
		10月～3月	申請日の属する月の初日～翌年の3月末
	月払い	4月～12月	申請月から起算して3カ月目の末日
		1月～3月	申請日の属する月の初日～当年の3月末

【注意】限度額適用認定証の発行については掛金の入金が確認出来ていることが前提です。

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。 <b>病院あての場合、必ず事前に病院から了承を得て、病院名・調査または事務担当者名までご記入ください。</b>				
	住所	(〒 000 - 0000 ) 埼玉県さいたま市中央区桜丘9-8-7			
	電話番号 (日中の連絡先)	Tel 012 ( 345 ) 4567			
	宛名	共済病院 ○○担当	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	

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。		印漏れのないようにお願いします。		
	氏名・印	[フリガナ]	(印)	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 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、申請のあった日が発効年月日となります。
- 注2 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3 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