

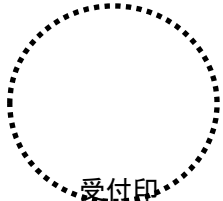
限度額適用認定申請書

組合員記入欄	組合員記号・番号	—		組合員所属	区・局		
	組合員氏名				課		
	受診者	氏名					
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	組合員との続柄
	適用期間(月単位)	令和 年 月 1 日 ~ 令和 年 月 末日 まで ※ 適用期間の開始月は申請のあった月からです。 ※ 開始月を含めて最長6か月の範囲で必要な期間を申請してください。					
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 横浜市職員共済組合理事長 〒 — 住所 組合員 氏名 電話 — —							
※自宅への郵送を希望する場合は、☑をつけ、切手を貼った長3(120mm×235mm)の返信用封筒を同封してください。原則、職場に届出されている住所以外に送付できません。 <input type="checkbox"/> 自宅への郵送を希望します。							

★提出方法は、庁内メール、郵送(〒231-8315中区本町6-50-1 横浜市職員共済組合医療福祉課)のいずれかをお願いします。

※代理の方が申請する場合は下記の欄もご記入ください。

申請者記入欄	申請者氏名	組合員の代理として申請します。 ⑨				
	申請者住所等	申請者が横浜市職員の場合	電話	—	—	
		所属	区・局	課		
欄	申請者が横浜市職員以外の方の場合	電話	—	—		
	住所	〒 —	組合員との続柄			
代理の方が申請する場合の注意事項 職員の場合：庁内メールまたは郵送でご申請をお願いします。 ご家族の場合：原則、郵送申請です。代理申請者の本人確認書類(免許証・資格確認証・マイナンバーカードおもて面等)の写しを添付してください。						

共済組合記入欄	交付方法	庁内メール / 郵送/() 組合員本人 / 代行(職員 / 家族)		共済組合決裁欄			
	確認書類	横浜市職員証・免許証 その他()		課長	係長	係員	公印承認
	送付日	・		起案日	・	・	
	その他	<input type="checkbox"/> 月分までの限度額証を発行済みのため、月分から発行		決裁日	・	・	
			送付日	・	・		

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続なく、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御利用ください。

※ ご注意
組合員が非課税の方については、マイナ保険証ですと正しい限度が反映されないことがありますので、限度額適用認定証を御利用ください。