

限度額適用認定申請書

記入例

記号は下記のとおり記入してください。
職員の方は、「9700」
任意継続組合員の方は、「9720」

番号は、職員の方は職員コードを、
任意継続組合員の方は、組合員証に記載された
番号を記入してください。

組合員	組合員証	記号 ● ● ● ●	番号 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	氏名 ● ● ● ●
	所属機関	名称	(局・室・区) (部) (課)	職員の方は、所属名を記入してください。 任意継続組合員の方は、記入不要です。
		所在地	(電話)	職員の方は、所属の所在地及び電話番号を記入してください。 任意継続組合員の方は、記入不要です。
	標準報酬月額	● ● ● ●、● ● ● ●円		
認定対象者	氏名	● ● ● ●	生年月日	S ● ● 年 ● ● 月 ● ● 日生
	療養期間 (予定)	平成 ● ● 年 ● ● 月 から ● ● 年 ● ● 月		
上記のとおり申請します。 福岡市職員共済組合理事長		平成 年 月 日	組合員 住所又は所属 ● ● 局 ● ● ● ● 課	職員の方は、所属名を記入してください。 任意継続組合員の方は、住所を記入してください。
		氏名 ● ● ● ●	(印)	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。		平成 年 月 日	所属機関の長 職名 ● ● ● ● 課長	
		氏名 ● ● ● ●	(印)	
		所属機関の長欄は、所属長(課長)の証明が必要となります。 申請者が部長以上の場合、庶務担当課長の証明が必要となります。 任意継続組合員の方は記入不要です。		

(※注) 認定証の有効期限は最長で申請月の初日より1年間となるため、期限内で記載してください。

《 注意事項 》

1. 組合員の標準報酬月額の変動に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合においては、再度、申請を行い限度額適用認定証を受ける必要があります。
2. 医療機関等から入院療養等を受ける際には、当該医療機関等の窓口に組合員証に添えて、当該認定証を提出する必要があります。
3. 認定を受けた者は、次の各号のいずれかに該当するときは、遅滞なく、限度額適用認定証を共済組合に返納してください。
 - ① 組合員の資格を喪失したとき。
 - ② 組合員が継続長期組合員の資格を取得したとき。
 - ③ 被扶養者がその要件を欠くに至ったとき。
 - ④ 組合員又はその被扶養者が後期高齢者医療の被保険者等となったとき。
 - ⑤ 限度額適用認定証の有効期限に至ったとき。
4. 本申請書に記載された個人情報、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。