

# 限度額適用認定申請書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 殿 下記のとおり申請します。	申請日 令和 年 月 日
----------------------------------	--------------

※原則、申請日の属する月の1日から1年間有効な証を発行します。  
 これによらない場合を希望される場合は、利用予定年月に任意の年月を記入してください。 <利用予定年月 令和 年 月 日>

組 合 員	組合員証 記号番号	地・大阪	所 属 機 関 名	
	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住 所			

適用認定 対 象 者	<input type="checkbox"/> 組合員本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者（続柄： _____） ※いずれかにチェックを入れてください。 ※対象者が組合員本人の場合は、氏名・生年月日・住所の記入は不要です。			
	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住 所	※組合員と同居の場合は記入不要です。		

限度額適用認定証の送付先

所属所     組合員の住所  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

※原則、所属所にチェックを入れてください。所属所（職場）宛てに通送または郵送で送付します。  
 ただし、お急ぎでご利用の場合や休業等で職場での受け取りが難しい場合は、組合員の住所や任意の住所へ郵送しますので、組合員の住所またはその他にチェックを入れてください。（郵送は普通郵便に限ります。）

日中の連絡先

職場（代表・直通） **Tel**      ( \_\_\_\_\_ )      内線 ( \_\_\_\_\_ )  
 又は 自宅・携帯 **Tel**      ( \_\_\_\_\_ )

代理申請（※組合員以外の方が申請する場合に記入してください。）

氏名 \_\_\_\_\_ 組合員との関係 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 代理申請の理由 \_\_\_\_\_

※下記は記入不要です。

共済受付／処理欄			所属所受付／処理欄		
受付日	年 月 日		受付日	年 月 日	
処理日	年 月 日		処理日	年 月 日	

# マイナンバーカードの保険証利用

## 1 データに基づく最適な医療が受けられる

過去に処方されたお薬や特定健診などの情報が医師・薬剤師に共有され(※)、データに基づく最適な医療が受けられるようになります。

※ マイナンバーカードを健康保険証として利用し、医師等と過去の情報を共有した場合には、健康保険証で受診した場合と比べて、初診時等の医療機関・薬局での窓口負担が低くなります。

## 2 転職や転居等による保険証の切り替えや更新が不要

今後、転職や転居などで必要だった保険証の切り替えや更新が不要になります。

※ なお、新しい保険者への加入手続は必要です。

## 3 手続きなしで高額療養費の限度額を超える支払いが免除

限度額適用認定証等がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払いが確実に免除されます。

**!** マイナンバーカードを健康保険証として利用するための登録がまだの方は、以下2つの準備をお願いします。

### STEP1.

#### マイナンバーカードを申請

##### ■申請方法は選択可能です

- ① オンライン申請  
(パソコン・スマートフォンから)
- ② 郵便による申請
- ③ まちなかの  
証明写真機からの申請



### STEP2.

#### マイナンバーカードを健康保険証として登録

##### ■利用登録の方法

- ① 「マイナポータル」から行う
- ② セブン銀行ATMから行う
- ③ 医療機関・薬局の受付で行う



#### 【地方職員共済組合大阪府支部からのご案内】

マイナンバーと組合員情報の連携には日数を要します。

資格取得及び被扶養者の認定後、医療機関等を受診される際は、念のため、当共済組合が交付した「組合員証（被扶養者証）」をご持参いただきますようお願いいたします。

連絡先：地方職員共済組合大阪府支部 資格担当 06-6941-8810（直通）

【 記入例 】  
限度額適用認定申請書

職員番号 (独法職員のみ)

地方職員共済組合大阪府支部長 殿

令和 ○年 ○月 ○日

※原則  
これ  
年月

大阪府所属の組合員は、所属名を記入してください。  
例：福祉総務課、なにわ北府税事務所  
独立行政法人所属の組合員は、所属機関名を記入してください。  
例：大阪急性期医療センター、大阪産業技術研究所森之宮センター

令和 ○年 ○月 ○日

組 合 員	組合員証 記号番号	3 0 1 2 3 4 5 6 7 8	所 属 機 関 名	総務サービス課
	氏 名	共済 太郎	生年月日	昭和 平成 ○年 ○月 ○日 令和
	住 所	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇		

適用認定 対 象 者	<input type="checkbox"/> 組合員本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (続柄： 次男 )			
	※いずれかにチェックを ※対象者が組合員本人の場合、対象者が被扶養者の場合は、組合員本人との続柄を記入してください。			
	氏 名	共済 次郎	生年月日	昭和 平成 ○年 ○月 ○日 令和
住 所	※組合員と同居の場合は記入不要です。			

限度額適用認定証の送付先

所属所  組合員の住所

その他 ( )

組合員の住所以外への郵送を希望される場合は、その他に  
チェックを入れ、括弧内に任意の住所を記入してください。

※原則、所属所にチェックを入れてください。所属所(職場)宛てに通送または郵送で送付します。  
ただし、お急ぎでご利用の場合や休業等で職場での受け取りが難しい場合は、組合員の住所や任意の住所へ郵送しますので、組合員の住所またはその他にチェックを入れてください。(郵送は普通郵便に限ります。)

日中の連絡先

職場(代表・直通) Tel ( ) 内線 ( )

又は 自宅(携帯) Tel 090 ( XXXX ) XXXX

代理申請 (※組合員以外の方が申請する場合に記入してください。)

氏名 共済 花子 組合員との関係 配偶者

住所 組合員本人と同じ

代理申請の理由 組合員本人が他県に出張中のため

※下記は記入不要です。

共済受付/処理欄			所属所受付/処理欄		
受付日	年	月 日	受付日	年	月 日
※70才以上の組合員及び被扶養者については、「高齢受給者証を兼ねる」と記載されている組合員証(被扶養者証)を医療機関の窓口で提示することで、限度額までの支払いとなりますので、限度額適用認定証を発行することはできません。					
処理日	年	月 日	処理日	年	月 日