別紙様式第25号の2

（表）

○○共済組合限度額適用・標準負担額減額認定証

令和　　年　　月　　日交付

記号			番　　号	（枝番）
組合員	氏　　名			
	生年月日	年　　月　　日		
適用・減額対象者	氏　　名			
	生年月日	年　　月　　日		
	住　　所			
発効年月日		令和　　年　　月　　日		
有効期限		令和　　年　　月　　日		
適用区分				
長期入院該当		令和　　年　　月　　日	組合印	
発行機関	保険者番号 名称及び印			

マイナ保険証(※)を利用すれば、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・標準負担額減額認定証の提示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。
※　電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

（裏）

注　　意　　事　　項

1　この証は、各面をよく読んで大切に持つていてください。
2　この証によつて療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
3　保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、その窓口で、電子的確認を受けるか、この証を資格確認書等に添えて渡してください。
4　組合員の資格がなくなつたとき、被扶養者でなくなつたとき、認定の条件に該当しなくなつたとき又は有効期限に達したときは、遅滞なくこの証を組合に返してください。
5　法第2条第1項第2号に規定する後期高齢者医療の被保険者等となつたときは、遅滞なくこの証を組合に返してください。
6　不正にこの証を使用した者は、刑法によつて詐欺罪として懲役の処分を受けます。
7　表面の記載事項に変更があつた場合には、遅滞なくこの証を組合に提出して訂正を受けてください。

備考

1　用紙の大きさは、縦127ミリメートル、横91ミリメートルとする。
2　この証は、対象者1人ごとに作製すること。
3　対象者が組合員であるときは、表面の「適用対象者」の欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
4　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日までを記載すること。
5　適用区分欄には、適用対象者が地方公務員等共済組合法施行令第23条の3の4第1項第2号又は第2項第2号に掲げる者である場合は「ア」と、同条第1項第3号又は第2項第3号に掲げる者である場合は「イ」と、同条第1項第1号又は第2項第1号に掲げる者である場合は「ウ」と、同条第1項第4号又は第2項第4号に掲げる者である場合は「エ」と、同条第3項第4号又は第4項第4号に掲げる者である場合は「現役並みⅠ」と、同条第3項第3号又は第4項第3号に掲げる者である場合は「現役並みⅡ」と記載すること。
6　必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
7　別途組合員又はその被扶養者に周知することにより、注意事項を省略することができる。