

## 限度額適用認定申請書

組合員証記号番号				入院(予定)年月日	令和 年 月 日
組合員	氏名			所属機関	名称
	生年月日	年 月 日			所在地
	申請日の属する月の標準報酬の月額				円
適用対象者	住所				
	氏名				
	生年月日 及び続柄	年	月	日	続柄
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">愛知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					

※ マイナ保険証が利用できる医療機関等では、事前の手続きなく、窓口での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・提示が不要となるため、マイナ保険証をぜひご利用ください。