限度額適用認定申請書

<table>
<tr><td colspan="2">組合員証記号番号</td><td>〇〇〇－〇〇〇</td><td colspan="2">入院（予定）年月日</td><td>令和〇〇年〇〇月〇〇日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">組合員</td><td>氏　名</td><td>共済　太郎</td><td rowspan="2">所属機関</td><td>名　称</td><td>〇〇市役所</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>平成〇〇年〇〇月〇〇日</td><td>所在地</td><td>〇〇市〇〇町〇〇</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請日の属する月の標準報酬の月額</td><td colspan="3">〇〇〇，〇〇〇　円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">適用対象者</td><td>住　所</td><td colspan="4">〇〇市〇〇町〇〇</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="4">共済　花子</td></tr>
<tr><td>生年月日
及び続柄</td><td colspan="4">平成　〇〇　年　　〇〇　月　　〇〇　日　　続柄　妻</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

愛知県市町村職員共済組合理事長　様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者

住　所　〇〇市〇〇町〇〇

氏　名　共済　太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所属所長

職　名　〇〇市長

氏　名　〇〇　〇〇

※　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。