

限度額適用認定申請書

| | | | | | |
|---|------------------|--------------------------|-----------|-------------|----------|
| 組 合 員 | 記号番号 | 〇〇〇 — 〇〇〇〇 | 入院(予定)年月日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| | 氏名 | 共済 太郎 | 所属機関 | 名称 | 〇〇市役所 |
| | 生年月日 | 昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和 | | 所在地 | 〇〇市〇〇町〇〇 |
| | 申請日の属する月の標準報酬の月額 | | | 〇〇〇, 〇〇〇 円 | |
| 適 用 対 象 者 | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | | | |
| | 氏名 | 共済 花子 | | | |
| | 生年月日 及び続柄 | 昭和 平成 〇〇年 令和 | 〇〇年 | 〇〇月 | 〇〇日 続柄 妻 |
| 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。