

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、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。
限度額適用認定証の事前申請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。

限度額適用認定申請書

組合員等	記号	〇〇〇	※決定番号	No.	
	番号	〇〇〇			
組合員	氏名	共済太郎		所属機関名	〇〇市
	生年月日	昭和 平成	〇年〇月〇日	(所在地)	
	申請の日の属する月の標準報酬月額			〇〇〇〇〇〇円	
適用対象者	氏名	共済花子		性別	男・女
	生年月日	昭和 平成 令和	〇年〇月〇日	組合員との続柄	長女
	療養予定期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日			
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。					
愛媛県市町村職員共済組合理事長様					
令和〇年〇月〇日					
住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇					
組合員 氏名 共済太郎					
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。					
令和〇年〇月〇日					
職名 〇〇市長					
所属機関の長 氏名 〇〇〇〇					

- この申請書は、適用対象者1人ごとに提出してください。
- 適用対象者が組合員であるときは、「適用対象者」欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載してください。
- 紛失等の場合は、「資格確認書等交付申請書」を提出してください。
- 70～74歳の方は、高齢受給者証がこの証の代わりとなる場合があります。
- ※印欄は、記入しないでください。