

限度額適用認定申請書

組 合 員	記号番号	—	入院(予定)年月日	令和 年 月 日
	氏名		所属機関	名称
	生年月日	昭和 平成 令和 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	昭和 平成 令和 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: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 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: center;">所属所長 職名</p> <p style="text-align: center;">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。