

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号		所属機関	名称	〇〇市	
△△△△-△△△△			所在地	〇〇市〇〇町	
組合員	名前	共 済 太 郎		申請の日の属する月の前月の標準報酬月額	380,000円
	住所	〇〇市〇〇町△△-△△			
適用対象者	名前	共 済 太 郎	生年月日	△△△△年△△月△△日	
	住所	〇〇市〇〇町△△-△△			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>△△△△年 △△月 △△日</p> <p>住所 〇〇市〇〇町△△-△△</p> <p>組 合 員</p> <p>名 前 共 済 太 郎</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>△△△△年 △△月 △△日</p> <p>所属所長 職 名 〇 〇 市 長</p> <p>名 前 〇 〇 〇 〇</p>					

※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。

共済組合受付日付	上記のとおり受理してよろしいか。				
	課 長	課長補佐	係 長	主 務	係

※ 組合員証記号番号欄には、組合員証（組合員被扶養者証）の記号番号又は個人番号を記入してください。

（この申請書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。）