

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

## 限度額適用認定申請書

組合員等記号・番号		—						
組合員	所属所名	所属所所在地						
	氏名							
	生年月日	昭・平・令	年	月 日				
	標準報酬の月額	円						
適用対象者	氏名							
	住所							
	生年月日	昭・平・令	年	月 日				
入院期間	令和	年	月 日	～ 令和	年	月 日	続柄	
					※有効期限は月の初日から1年間となります。 ※月の初日は申請月の1日となります。			
送付先住所 (○または記入)		所属所	組合員住所	その他 希望先住所				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>静岡県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 組合員 氏名</p>								
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</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。