

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		1 2 3 - 4 5 6 7				
組合員	所属所名	〇〇市		所属所所在地	〇〇市〇〇町10番	
	氏 名	共済 太郎				
	生年月日	昭・平・令 〇〇 年 4 月 1 日				
	標準報酬の月額	380,000 円				
適用対象者	氏 名	共済 太郎				
	住 所	静岡市駿河区南町〇〇番地				
	生年月日	昭・平・令 〇〇 年 4 月 1 日		続 柄	本 人	
入院期間	令和〇〇年10月15日 ~ 令和〇〇年10月31日				※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
上記のとおり申請します。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇 年 10 月 3 日 住 所 静岡市駿河区南町〇〇番地 組 合 員 氏 名 共済 太郎						
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 〇〇 年 10 月 4 日 職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 〇〇 〇〇						

※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。