

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

組合員証記号番号		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	〒 -		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>静岡縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 〇〇年 10月 3日</p> <p style="text-align: right;">住所 静岡市駿河区南町〇〇番地</p> <p style="text-align: right;">組合員 氏名 共済 太郎</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 〇〇年 10月 4日</p> <p style="text-align: right;">職名 〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">所属所長 氏名 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。