

| 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。<br>※月の初日は申請月の1日となります。 |           |
| 送付先住所<br>(○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。