

事務局長	課長	課員

限度額適用認定証交付申請書

組合員等 記号・番号	—		所属機関	名称
				所在地
組合員	氏名		標準報酬月額	第 級 円
	生年月日	元号 年 月 日		
適用対象者	氏名	生年月日	元号 年 月 日	続柄
	住所			
	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※わかる範囲で記入してください		
上記のとおり申請します。 香川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名				
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名				

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。