

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。

限度額適用認定申請書

| | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|---------------------|-------|-------|-----|---------|--|
| 組合員等 | 記号 | | ※決定番号 | No. | | | |
| | 番号 | | | | | | |
| 組合員 | 氏名 | | | 所属機関名 | | | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | (所在地) | |
| | 申請の日の属する月の標準報酬月額 | | | | | 円 | |
| 適用対象者 | 氏名 | | | 性別 | 男・女 | | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 組合員との続柄 | |
| | 療養予定期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | | |
| 上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。 | | | | | | | |
| 愛媛県市町村職員共済組合理事長 様 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | |
| 組合員 | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | |
| 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 職名 | | | | | | | |
| 所属機関の長 | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | |

- この申請書は、適用対象者1人ごとに提出してください。
- 適用対象者が組合員であるときは、「適用対象者」欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載してください。
- 紛失等の場合は、「資格確認書等交付申請書」を提出してください。
- 70～74歳の方は、高齢受給者証がこの証の代わりとなる場合があります。
- ※印欄は、記入しないでください。