

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	853 - 1000	所属機関	名称 〇〇〇市			
			所在地 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地			
組合員	氏名	共 濟 太 郎	標準報酬月額 第 20 級 260,000 円			
	生年月日	元号 平成 2 年 1 月 1 日				
適用対象者	氏名	共 濟 花 子	生年月日	元号 平成 2 年 1 月 1 日	続柄	妻
	住 所	高松市福岡町二丁目3番4号				
	入院期間	令和 7 年 3 月 5 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 高松市福岡町二丁目3番4号 申請者 氏名 共濟 太郎						
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 〇〇〇市長 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。