

限度額適用認定申請書

組合員等記号・番号		所属機関	名称	
			所在地	
組合員	名前			
	申請の日の属する月の前月の標準報酬月額			円
適用対象者	名前	生年月日	年 月 日	
	住所			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>組合員</p> <p>名前</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>所属所長 職名</p> <p>名前</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。

共済組合受付日付	上記のとおり受理してよろしいか。				
	課長	課長補佐	係長	主務	係

※ 組合員等記号・番号欄には、組合員等記号・番号又は個人番号を記入してください。  
 (この申請書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)