

限度額適用認定申請書

組合員証	記号		組合員	フリガナ		生年月日		
	番号			氏名		昭和 平成	年	月
個人番号 ※					※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。			
所属機関	名称				資格取得年月日		標準報酬月額	
	所在地				年 月 日		等級	円
適用対象者	フリガナ				組合員との続柄	住 所		
	氏名					〒		
	生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日生		
	個人番号 ※					※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。		
申請期間 (注1)				令和 年 月 から 令和 年 月 まで				
希望送付先等 (該当番号に○印)	受取方法等			摘 要				
	1 所属所共済組合担当課へ郵送			※ 勤務先での受け取り				
	2 組合員の自宅へ郵送			※ 自宅での受け取り				
	3 組合員の指定先へ郵送			※ 下欄に記入してください。(入院先医療機関での受け取り等。)				
4 共済組合事務局での受取り (組合員・組合員以外)			※ ご本人確認書類(運転免許証等)の提示が必要です。 ※ 組合員以外の代理受取の場合、下欄に記入してください。					
組合員の指定先 又は 代理受取者	(送付先)又は(代理受取者住所)			受取者氏名				
	〒 - 区 ()			(フリガナ)				
上記のとおり申請します。 熊本県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 印 申請者住所 (組合員)氏名								
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。(注2) 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名								

(注1) 申請期間は、最長1年を超えない年月を記入してください。

(注2) 任意継続組合員の場合、所属所長の証明は必要ありません。

※ 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。

共済組合使用欄 (これより以下には記入しないでください。)

決定 伺	課 長	課長補佐	係 長	係 員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 所得区分				
摘要				

