

限度額適用認定申請書

決定 伺	課長	課長補佐・主幹	課員

マイナ保険証をぜひご利用ください。
 メリット
 ・限度額適用認定証の病院への提出は不要(この申請が不要です)。
 ・初診料が安くなる、特定健診や医療の情報を医師と共有でき、重複検査のリスクが少なくなる。
 ・健康保険証と紐づけをしていなくても、病院ですぐに紐づけでき、即日利用できます。

記号	番号	組合員氏名	所属所名	
999	9999	共済太郎	〇〇市	
標準報酬月額	第18級	300,000円	所得区分	ア・イ・ウ・エ
入院・通院	入院(予定)： 年 月～ ・ 通院			
適用対象者 (受診者)	本人・ 被扶養者		※被扶養者の場合、次の欄にも記入してください。	
氏名	共済花子		続柄	配偶者
生年月日	昭和 平成40年12月24日 令和		同居別居の別	同居 ・別居
マイナ保険証の有無	有・ 無		※有の場合申請できません。(当組合にてマイナ保険証が確認された場合を含む。この場合、申請書は返しません。)	

上記のとおり申請します。

福岡県市町村職員共済組合理事長 殿

〇〇年 〇〇月 〇〇日

請求者(組合員) 住所 **〇〇市△△1丁目2番3号**
 氏名 **共済太郎**

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

所属所長 職名 **〇〇市長**
 氏名 **〇〇 〇〇**

共済組合受付印

※任意継続組合員の場合、所属所長の証明は不要です。

※認定証については、申請月の初日から有効期限を「1年間」として交付します。