

限度額適用認定申請書

保健課長	課長補佐	保健係長	合議	主任	決
					裁
					伺

～「マイナ保険証」(健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード)の利用で

「限度額適用認定証」の申請が不要になります。～

「マイナ受付」ができる医療機関・薬局(オンライン資格確認システムを導入した医療機関等)では、「マイナ保険証」を提示し、限度額適用にかかる受診者本人の情報提供に同意することで、「限度額適用認定証」を提示する必要がなくなります。受診する医療機関等でご確認ください。

組合員等記号番号					-						
組合員	フリガナ氏名					所属機関	名称				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		所在地				
申請の日の属する月の標準報酬月額						円	※ ア・イ・ウ・エ				
適用対象者	フリガナ氏名					性別	男・女				
	住所										
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄		※			
療養期間(見込)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日										
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>千葉県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 -</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p>											
組合受付印	再受付印	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									
		所属所長									
		氏名									

- 療養期間(見込)欄については、申請時に分かる範囲内でご記入ください。
- ※欄については、記入しないでください。
- 療養期間(見込)開始日前1カ月以内から申請してください。