保健課長	課長補佐	保健係長	合議	主任	決裁伺

限度額適用認定申請書

任継

～「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　　年　　月　　日 令和		所在地	

申請の日の属する月の前月の給料月額 （任継の掛金の基準となった標準給料）	※　　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　　年　　月　　日 令和	続柄		※	
療養期間（見込）	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日					

上記のとおり申請します。

千葉県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

〒　　―

住所

申請者

氏名

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

§62-2（202504）

1　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。

2　※欄については、記入しないでください。

3　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。