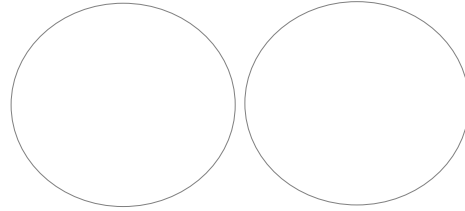


所属所受付印

共済組合受付印

限度額適用認定証交付申請書



- ・太枠内に記入のうえ、共済組合担当課へ提出してください。
- ・送付先欄の記入がない場合は、共済組合担当課へ送付します。
- ・該当する口にはし印を記入してください。また、※欄は記入しないでください。

組合員	組合員等 記号・番号 (又は個人番号)	〇〇〇-123456	所属機関名	〇〇市	
	氏名	共済 太郎	標準報酬月額	〇〇 万円	※適用区分
対象者	氏名	共済 太郎	※資格取得日 ・認定年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
	生年月日	昭和 平成 令和 ▲▲年 〇〇月 □□日	組合員との続柄	本人	※続柄コード
入院等の期間	≪分かる範囲でご記入ください≫ 令和▲▲年〇〇月□□日 ~ 令和▲▲年〇〇月□□日				
送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 共済組合登録の組合員住所 <input type="checkbox"/> 共済組合担当課 <input type="checkbox"/> その他()				
上記のとおり申請します。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 令和▲▲年〇〇月□□日 組合員 住所 〇〇市〇〇町〇〇1-1-1 氏名 共済 太郎 電話 (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇					
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 氏名 この欄は、所属所担当課で記入します					

(2024.4 改訂)



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

交付年月日	令和 年 月 日		
発効年月日	令和 年 月 日		
有効期限	令和 年 月 日		
課長	課長補佐	係長	係

※適用区分	標準報酬月額
ア	83万円以上
イ	53万円~79万円
ウ	28万円~50万円
エ	26万円以下
オ	市町村民税非課税者 (別途確認書類が必要)