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□にはレ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）		所属機関名		
	氏名		標準報酬月額	万円	※適用区分
対象者	氏名		※資格取得日・認定年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	
	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	組合員との続柄		※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　月　日 ～ 令和　年　月　日				
送付先	□ 共済組合登録の組合員住所　□ 共済組合担当課　□ 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　月　日
組合員　住所
氏名
電話　（　　）　－

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
所属所長　職名
氏名

（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）