限度額適用認定申請書

組合員等	記号		組合員	フリガナ		生年月日
	番号			氏名		昭和 平成 年 月 日
個人番号 ※						※ 組合員等記号･番号を記入の場合は不要です。
所属機関	名称		資格取得年月日		標準報酬月額	
	所在地		年 月 日		等級	円

適用対象者	フリガナ		組合員との続柄	住所
	氏名			〒
	生年月日	昭和･平成･令和 年 月 日生		
	個人番号 ※		※ 組合員等記号･番号を記入の場合は不要です。	
申請期間（注１）		令和 年 月 から 令和 年 月 まで		

	受取方法等	摘要
希望送付先等（該当番号に〇印）	1 所属所共済組合担当課へ郵送	※ 勤務先での受け取り
	2 組合員の自宅へ郵送	※ 自宅での受け取り
	3 組合員の指定先へ郵送	※ 下欄に記入してください。（入院先医療機関での受け取り等。）
	4 共済組合事務局での受取り（組合員 ・ 組合員以外）	※ ご本人確認書類（運転免許証等）の提示が必要です。 ※ 組合員以外の代理受取の場合、下欄に記入してください。
組合員の指定先又は代理受取者	（送付先）又は（代理受取者住所）	受取者氏名
	〒 － TEL （ ）	（フリガナ）

上記のとおり申請します。

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日 〒

申請者（組合員） 住所

氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。（注2）

令和 年 月 日

所属所長 職名

氏名

（注１）申請期間は、最長１年を超えない年月を記入してください。

（注２）任意継続組合員の場合、所属所長の証明は必要ありません。

※ 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（これより以下には記入しないでください。）

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。 ※ 所得区分				
摘要				

共済組合受付欄