

限度額適用認定申請書

組 合 員	組合員等 記号番号	企業コード* ()	所属所名	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	短期標準 報酬月額	円
適用対象者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	続柄	※続柄 コード
	住 所			
	○有効年月日（限度額適用認定証が必要な期間を記入してください。） 令和 年 月 日 末日まで 有効期間は、発効年月日から最長で1年間となります。			
	○発効年月日の変更 発効年月日は、当共済組合で申請書を受付した月の初日となります。 それ以前を希望する場合に記入してください。 令和 年 月 日から ※この場合は、遡及使用について医療機関の了解を得てから申請してください。			
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。 青森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				
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				
※共済組合 使用欄	適用区分			
	交付年月日	令和 年 月 日	受付印	
	発効年月日	令和 年 月 日		
	有効期限	令和 年 月 日		

・ 70歳以上の方は、組合員の標準報酬月額が28万～79万円で高齢受給者証の負担割合が3割の場合のみ、申請できます。

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。