限度額適用認定申請書

決定伺	課　長	課長補佐・主　幹	課　員

マイナ保険証をぜひご利用ください。
メリット
・限度額適用認定証の病院への提出は不要（この申請が不要です）。
・初診料が安くなる、特定健診や医療の情報を医師と共有でき、重複検査のリスクが少なくなる。
・健康保険証と紐づけをしていなくても、病院ですぐに紐づけでき、即日利用できます。

記　号	番　号	組　合　員　氏　名	所　属　所　名	
9 9 9	9 9 9 9	共済　太郎	○○市	
標準報酬月額		第 18 級　300,000 円	所得区分	ア・イ・ウ・エ
入院・通院		入院（予定）：　年　月～　・ 通院		
適用対象者（受診者）		本人・被扶養者	※被扶養者の場合、次の欄にも記入してください。	
氏　名		共済　花子	続　柄	配偶者
生年月日		昭和 平成 令和 40 年 12 月 24 日	同居の別	同居・別居

組合員本人の場合、記入不要

上記のとおり申請します。

福岡県市町村職員共済組合理事長　殿

○○年 ○○月 ○○日

請求者（組合員）
住　所　○○市△△1丁目2番3号
氏　名　共済　太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

○○年 ○○月 ○○日

所属所長
職　名　○○市長
氏　名　○○　○○

共済組合受付印

※任意継続組合員の場合、所属所長の証明は不要です。

※認定証については、申請月の初日から有効期限を「1年間」として交付します。

(R6. 4)