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。
限度額適用認定書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。

局長		課長		課長補佐		係長		係	

限度額適用認定証申請書

組合員証番号	―		所属所名		
組合員氏名			生年月日	年　　月　　日	
申請者 (適用対象者)	住　所				
	氏　名				
	生年月日	年　　月　　日		組合員 との続柄	
入院した日	年　　月　　日				

送付先は所属所となります。
※特に急を要する場合等で変更をご希望の場合のみ下段に記入してください。

送 付 先 変更希望	(　　) 自宅	(　　) 医療機関　※下記住所 〒　　―
		※病室番号まで記載してください。

備考

上記のとおり申請します。

高知県市町村職員共済組合　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

1．証の発行年月日は、本申請書が共済組合に到着した日の属する月の1日となります。

2．発行年月日について前月以前を希望する場合は、その旨を備考欄に記載してください。

3．申請者の署名及び所属所長の証明欄を印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。