

限度額適用認定申請書

共済組合受付印

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御利用ください。

組合員証記号番号										組合員氏名										
公立																				
三重																				
所属所コード					所属所名					掛金の基礎となる標準報酬月額										
										円										
適用対象者																				
(フリガナ)															組合員との 続柄		生年月日			
氏名																				
										年号		年	月	日						
										昭和：3										
										平成：4										
										令和：5										
入院等期間 ※1										限度額適用認定証の送付先 ※2					共済組合使用欄					
					(自) (至)					所属所宛					適用 区分	ア 83万円～				
年号		年	月	日	年	月	日	イ 53万円～79万円												
令和：5		5						ウ 28万円～50万円												
								エ ～26万円												
<p>上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p>公立学校共済組合三重支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 - -</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (組合員) 氏名 TEL - -</p>																				

- ※1. 期間が確定していない場合は、おおよその見込期間を記入してください。至年月は空欄で構いません。外来診療にも使用できます。外来診療のみで利用する場合は、今回の限度額適用認定証が必要となるおおよその期間を記載してください。自年月または当支部受付日の属する月の初日のどちらか早い方の日付から有効な限度額適用認定証を発行します。自年月日は必ず記載してください。
- ※2. 簡易書留で送付します。自宅宛希望は受取人がいる場合のみ選択してください。

摘要欄	
-----	--