

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交 付 年 月 日	

## 限度額適用認定申請書

組 合 員	記号番号					所属所名 (市町名)	
	氏 名					性 別	男 ・ 女
	申請日の属する月 の標準報酬月額				円	生年月日	S・H 年 月 日
適 用 対 象 者	氏 名					性 別	男 ・ 女
	続 柄					生年月日	S・H・R 年 月 日
	住 所						
発効を希望する月 (注1、2)		令和	年	月			
送付先住所 (所属所へ送付する場 合は記入不要)		〒 ー					
共 済 組 合 使 用 欄	発効年月日	令和	年	月	日		
	有効期限	令和	年	月	日		
	適用区分						
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
三重県市町村職員共済組合理事長 様				組合員住所			
組合員氏名							
上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。							
令和 年 月 日							
所属所長				職 名			
氏 名							

※ 限度額適用認定証の有効期限内に標準報酬月額が変わり適用区分が変更になった場合は、適用区分変更後の証を自動発行します。

(注1)入院若しくは療養を開始する月をご記入ください。

(注2)過去に発行された限度額適用認定証をお持ちの方で、継続申請をする場合は、有効期限の翌月をご記入ください。

※ マイナ保険証等を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。

なお、利用可否については受診する医療機関へご確認ください。