

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。

限度額適用認定申請書

組合員証	記号	番号	所属機関名（市・町・村・一部事務組合等）				
			名称				
組合員氏名			所在地				
生年月日	昭和 平成	年 月 日					
標準報酬の月額	円	※	適用区分	70歳以上	現役並みⅠ・現役並みⅡ		
				70歳以下	ア・イ・ウ・エ		
			有効期限	令和	年	月末日	
適用対象者 （本人・被扶養者）			住所				
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	組合員との 続柄			※	
入院	入院期間	令和	年 月 日	から	令和	年 月 日	まで
外来	適用月 （診療月）	令和	年 月	から	令和	年 月	まで
上記のとおり申請します。							
長野県市町村職員共済組合理事長 様							
令和 年 月 日							
申請者 住所 （組合員） 氏名							
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。						
	令和 年 月 日						
	所属機関の長 職名 氏名						

※印欄は記入不要です。

「入院期間」については、確認できる範囲でご記入ください。

外来診療等の場合、医療機関等へ「限度額適用認定証」を提示した月からの適用となりますので「適用月（診療月）」には、提示予定の月を記入してください。

決 裁 欄	課 長	課 長 補 佐	係 長	係	担 当 者	起案日	
						決 裁・データ確定日	
						証交付日	