

事務局次長	課長	課長補佐	主幹	主査	主任	担当者
適用区分	標準報酬月額			適用期間		
	等級		円	年	月	日～年

限度額適用認定証申請書

組合員記号・番号	—				
組合員氏名			所属所名		
適用対象者					
氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
組合員との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()				
住所	〒 —				
入院開始年月又は適用開始年月※1	年 月 ～				
希望送付先	<input type="checkbox"/> 所属所 <input type="checkbox"/> 自宅				
<p>上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p>和歌山県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">申請者</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					

- ※1 基本的には共済組合が申請書を受付けた月の初日からの適用となります。
- ※2 オンライン資格確認システムを導入している医療機関等で保険証利用登録をしたマイナンバーカードを提示した場合、窓口負担は、自己負担限度額までとなり、『**限度額適用認定証**』の申請が不要となります。
- ※3 認定証の有効期限は、毎年8月31日となります。
ただし、期限付き被扶養者及び任意継続組合員については、資格期限までとなります。
- ※4 認定証が不要になった場合又は資格喪失した場合は、**速やかに共済組合まで返納**願います。



事務局次長	課長	課長補佐	主幹	主査	主任	担当者
適用区分	標準報酬月額			適用期間		
	等級		円	年	月	日～年
					月	日

限度額適用認定証申請書

組合員記号・番号	9999 — 99999		
組合員氏名	〇〇 〇〇	所属所名	〇〇〇〇市
適用対象者			
氏名	〇〇 △△	生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 歳)
組合員との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()		
住所	〒 XXX — XXX 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇		
入院開始年月又は適用開始年月※1	令和 X 年 X 月 ~		
希望送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 所属所 <input type="checkbox"/> 自宅		
<p>上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p>和歌山県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 X 年 X 月 X 日</p> <p>住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇</p> <p>申請者</p> <p>氏名 〇〇 〇〇</p>			

- ※1 基本的には共済組合が申請書を受付けた月の初日からの適用となります。
- ※2 オンライン資格確認システムを導入している医療機関等で保険証利用登録をしたマイナンバーカードを提示した場合、窓口負担は、自己負担限度額までとなり、『限度額適用認定証』の申請が不要となります。
- ※3 認定証の有効期限は、毎年8月31日となります。
ただし、期限付き被扶養者及び任意継続組合員については、資格期限までとなります。
- ※4 認定証が不要になった場合又は資格喪失した場合は、速やかに共済組合まで返納願います。

共済組合受付印

