

限度額適用認定証交付申請書

決 裁	課 長	係 長	主 任	副主任	※発効年月日	令和 年 月 日
					※有効期限	令和 年 月 日
					※交付年月日	令和 年 月 日
組 合 員	記号		番号		所属所名	
	氏名				生年 月日	昭和 平成 年 月 日
	※標準報酬月額	等級				円
適 用 対 象 者	氏名				生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	続柄		住所			
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
<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 style="text-align: center;">京都市町村職員共済組合理事長様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">組 合 員 住 所 氏 名</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">所 属 所 長 職 名 氏 名</p>						

マイナ保険証（保険証利用登録をしたマイナンバーカード）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。

※欄は記入しないで下さい。