

マイナ保険証の利用登録をされている方は、限度額適用認定証の申請は不要です。

限度額適用認定申請書

組合員等	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
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
外来	適用月 (診療月)	令和	年	月	から 令和	年
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 (組合員) 氏名</p>						
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	