

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	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		
<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	<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属機関の長 職名 氏名</p>									

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