|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印短期請求等様式第１９号 | 決 裁 | 課　長 | 課長補佐 | Ｇ　Ｌ | 担　当 | 合　議 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 資格取得年月日 |  | 資格喪失年月日 |  | ※決定年月日 |  |
| **限度額適用認定申請書** |
| 組合員等記号・番号 | 　　　― | 組合員氏 名 |  | 所属所名 |  |
| 適用対象者 |  | （※　　　　　年　　　　月　　　　日認定） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 組合員との続柄 |  |
|  | 〒　　　　　－ |
| 備　　　　　考 |  |
| 上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 　殿年 　　　月　　　　日 住 所　　　氏 名 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　  |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。年 月 日 職 名 氏 名  |

マイナ保険証を利用すれば、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申請手続き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。

※　ただし、組合員が市町村民税非課税かつ標準報酬月額が53万円未満である場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請手続きが必要となりますのでご注意ください。

**留　意　事　項**