|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員証 記号番号 | ― | | 組合員  氏 名 | |  | | | | | | 所属所名 | |  | | | |
| 適用対象者 | |  | （※　　　年　　月　　日認定） | | | | | | | | 性　別 | | 男 ・ 女 | | | |
| 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**