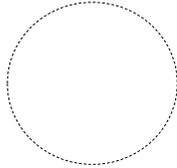


受 付 印



決 裁	課 長	課長補佐	G L	担 当	合 議	公印使用 承認印

短期請求等様式第19号

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	氏 名	(※ 年 月 日認定)			
	生年月日	年 月 日	組合員との続柄		
	住 所	〒 —			
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

申請者

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

所属所長

氏名

留 意 事 項

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。