決定伺	課長	係長	係

保険限度額適用認定申請書

受付年月日

組合員記号番号又は個人番号	組合員氏名	生年月日
12－3456	共済 太郎	昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日

認定対象者の氏名	共済 花子	認定対象者の生年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	組合員との続柄
				配偶者

認定対象者の住所	○ ○ ○ ○ ○ ○

認定対象者と組合員が別居の場合、ご記入下さい。

入院期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	通院 調剤

予定日又は見込みの日可。

通院又は調剤の場合、○印を付けてください。
入院期間の記入は必要ありません。

組合員が記入する欄

限度額適用認定証の交付を申請します。

沖縄県市町村職員共済組合理事長　殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○日

組合員　住所 ○ ○ ○ ○ ○ ○

氏名 共済 太郎

組合員が市町村民税非課税者である場合、○印を付けてください。　非課税者である

※非課税者の場合は、別のお手続きが必要になる場合があります。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 ○ 年 ○ 月 ○日

所属所長　職名 ○○○○○○

氏名 ○○ ○○

組合員が非課税者である場合
限度額適用・標準負担額減額
認定申請書(P42)になります。

※入院期間が未定の場合は、予定をご記入ください。
　入院せず通院外来や調剤で申請する場合は、通院又は調剤へ○印を付けてください。

※発行年月日は、申請した月の初日(１日)です。

※任意継続組合員の場合、所属所長の証明欄の記入は必要ありません。

※マイナ保険証を利用し情報提供に同意すれば、限度額適用認定証の申請を行わなくても窓口負担が限度額適用認定証と同様の自己負担額までとなります。