

課長	副課長	係長	回議	係

## 限度額適用認定申請書

※マイナ保険証（マイナンバーカード）を利用し、医療機関を受診される場合は、  
限度額適用認定証（この申請書の提出）は不要です。

組合員等記号番号		—		所 属 機 関 名	
組 合 員	氏 名				
	生年月日	年 月 日	標準報酬月額	第 級	円
適用対象者	氏 名			性 別	
	住 所				
	生年月日	年 月 日	組 合 員 との続柄		
	年 齢	( 才 )			
	診療区分	入院 ・ 入院外（外来・調剤・訪問看護）			
入院期間	入院日	年 月 日	退 院 予定日	年 月 日	

上記のとおり申請します。

徳島県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

申 請 者 住 所  
(組合員) 氏 名

上記の記載事項に、誤りがないことを確認しました。

令和 年 月 日

職 名  
所属所長 氏 名

※ 診療区分は、○で囲んでください。

※ 入院期間は、診療区分で入院を選択した場合にご記入ください。