

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。