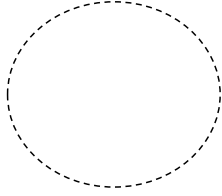


保険限度額適用認定申請書

決定 伺	課長	係長	係

受付
年月日



組合員が記入する欄	組合員証記号番号 又は個人番号	組合員氏名		生年月日		
			昭 ・ 平	年	月 日	
	認定対象者の 氏名	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
	認定対象者の 住所					
	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	通院		調剤	
	上記のとおり保険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 住所 組合員 氏名					
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。 ※非課税者の場合は、別のお手続きが必要になる場合があります。						

非課税者である

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 職名 所属所長 氏名
--

- ※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。