限度額適用認定申請書

整理番号	

組合員等記号番号			所属	
組合員	氏　名			
	申請日の属する月の標準報酬月額		円	
適用対象者	氏　名			
	住　所			
	生年月日	年　月　日	続　柄	
交付必要予定期間		年　月　日 ～　　年　月　日		

上記のとおり申請します。

(あて先)名古屋市職員共済組合理事長

年　月　日

組合員　住所又は所属
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

所属所長　職　名
氏　名

※認定証の有効期限は、発効日(申請のあった日の属する月の初日)の属する月から次の標準報酬月額の決定等がされる前月までです。
※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、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。

(事務局使用欄)

伺	次長	係長	係

適用区分	ア　標準報酬月額　83万円以上
	イ　標準報酬月額　53万円以上83万円未満
	ウ　標準報酬月額　28万円以上53万円未満
	エ　標準報酬月額　28万円未満
発効年月日	年　月　日
有効期限	年　月　日
交付日	年　月　日