限度額適用認定申請書

整理
番号

組合員等記号番号		NGY 123456		所	総務局〇〇部〇〇課	
組合員	氏名	共済 太郎		属		
	申請日の属する月の給料月額			〇〇〇,〇〇〇 円		
適用対象者	氏名	共済 花子				
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇番地				
	生年月日	平成〇年〇月〇日	続柄	妻		
交付必要予定期間		令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>(あて先)名古屋市職員共済組合理事長</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>組合員 住所又は所属 総務局〇〇部〇〇課</p> <p>氏名 共済 太郎</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>職名 総務局総務課長</p> <p>所属所長 氏名 総務 一郎</p>						

※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	