局　長	課　長	係　長	係
課長専決			

限度額適用認定証交付申請書

組合員証 記号番号		―	所属機関	名称	
組合員	氏　名			所在地	
	生年月日	昭・平　　年　　月　　日	標準報酬月額	第　　等級　　円	
適用対象者	フリガナ			性　別	
	氏　名			男・女	
	住　所				
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日		続　柄	

第三者行為(交通事故等)・公務中(通勤・公務上)によるものですか。 ⇒ いいえ ・ はい (　　)

上記のとおり申請します。

鹿児島県市町村職員共済組合 理事長　殿

令　和　　年　　月　　日

組合員　住　所

氏　名

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

所属所長　職　名

氏　名

【注意】　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、この限度額適用認定証の申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。