

限度額適用認定申請書

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。限度額適用認定証の事前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。

組 合 員	所 属 局 (部) 名	
	組 合 員 証 号	
	氏 名	
	生 年 月 日	
適 用 対 象 者	住 所	〒
	氏 名	
	生年月日・性別・続柄	年 月 日 男 ・ 女 続柄
上記のとおり申請します。 防衛省共済組合 支部長 殿 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 〒 住 所 申請者 氏 名 </div>		
支 部 記 入 欄	標準報酬月額	ア・イ・ウ・エ
	(千円)	
備 考		

記入例（代理人手続き）

限度額適用認定申請書

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。限度額適用認定証の事前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。

組 合 員	所 属 局 (部) 名	護衛艦〇〇〇〇
	組 合 員 証 号	〇〇〇—1 2 3 4 5 6 7
	氏 名	共 済 太 郎
	生 年 月 日	S〇〇. 〇. 〇〇
適 用 対 象 者	住 所	〒〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇町〇丁目〇番〇—〇〇〇
	氏 名	共 済 花 子
	生年月日・性別・続柄	S.〇〇年 〇〇月 〇〇日 男 ・ ② 続柄 妻
<p>上記のとおり申請します。 防衛省共済組合 〇〇 支部長 殿 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>申請者 住 所 〒〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇町〇丁目〇番〇—〇〇〇</p> <p>代理人 氏 名 共 済 太 郎</p> <p>代理人 氏 名 共 済 花 子 ②</p>		
標準報酬月額		ア・イ・ウ・エ
<p>・ の箇所を記入してください。</p> <p>・本申請書の記入に際し、ご不明な点がございましたら、組合員（隊員）が所属する防衛省共済組合支部までお問合せください。</p>		