No.

決裁欄	担任	保険係長	事務局次長

限度額適用認定申請書

組合員	記号　　番号 ―	組合員氏名	
所　　属	電話　　（　　）　　内線（　　）		
適用対象の氏　　名		対象者の生年月日	年　　月　　日
組合員との続　　柄			
適用対象者の　住　所	1　〒　　－ 2　本人と同じ		
適用期間（月単位）	年　　月　1　日　から　　年　　月　末 日まで		
希望送付先	職 場	窓 口	自 宅（切手を貼付した返信用封筒を同封ください。）

上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。

年　　月　　日

川崎市職員共済組合理事長　様

〒　　－

請　求　者（組合員）　住　　所（自宅）

電話番号（自宅）　　（　　）

氏　　名

※ 適用期間の開始月は申請のあった月からです。

※ 開始月を含めて最長１年間の範囲で必要な期間を申請してください。

※ 希望送付先を選択して、〇記入をお願いします。

※ 希望送付先が窓口の場合は、身分証明書（職員証等）を持参してください。

☆マイナ保険証を利用すれば、事前の手続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御利用ください。

（事前にマイナポータルから健康保険証利用の申込みを行っておく必要があります。）

※ ご注意 **組合員が非課税の方**については、マイナ保険証ですと正しい限度額が反映されないことがありますので、限度額適用認定証を御利用ください。