

事務局長	課長	主幹	係長	課員	本件 お伺い します 伺	年 月 日

「限度額適用認定証」の取扱いについて

医療機関等の窓口でマイナ保険証の利用（オンライン資格確認）が可能な場合に、患者本人が限度額情報等の提供について同意すれば、「限度額適用認定証」の提示は不要です。

限度額適用認定証の交付を共済組合へ申請する前に、認定証が必要か医療機関等に確認くださいようお願いいたします。

限度額適用認定証交付申請書

所属所名		適用 対象 者	組合員との続柄	
組合員等 記号番号	-		氏名	
組合員氏名			生年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名</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>年 月 日</p> <p>所属所長 職名 氏名</p>				

※ 証の発効日は、申請日の属する月の初日とします。

承認	番号	第 号
	交付年月日	年 月 日
	発効年月日	年 月 日