

決裁欄	事務局次長	係長	係員	決定年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 一般	ア イ ウ エ

限 度 額 適 用 認 定 申 請 書

組 合 員 記 入 欄	組合員記号番号	—						
	組合員	氏名		生年月日	昭平	年	月	日
		所属所名称						
	適用対象者	氏名		生年月日	昭平令	年	月	日
		組合員との続柄						
	組合員(適用対象者)の住所	〒						
<p>上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">連絡先(電話番号) _____</p> <p>大阪市職員共済組合理事長 あて</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 style="text-align: center;">令 和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属機関の長 職名 _____</p> <p style="text-align: right;">又は所属所長 氏名 _____</p>								

マイナ保険証の利用について

「マイナ保険証」を医療機関等の窓口で提出し、「限度額情報の表示」に同意することで、限度額適用認定証の交付を受けなくても、窓口でのお支払いを自己負担限度額までにとどめることができます。

注1. 医療機関等が、オンライン資格確認を導入している必要があります。

注2. 低所得者に該当する組合員の場合は、正しい限度額が適用されない可能性がありますので、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の発行申請をしてください。

