

決裁欄	事務局次長	係長	係員				<input type="checkbox"/>	上位	アイウエ
	適用対象者が組合員本人の場合も、すべて記入してください。						<input type="checkbox"/>	一般	
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		

限度額適用認定申請書

組合員記入欄	組合員記号番号	1 — 1234567					
	組合員	氏名	共済 太郎	生年月日	昭平	〇〇年〇〇月〇〇日	
		所属所名称	〇〇局				
	適用対象者	氏名	共済 花子	生年月日	昭平	〇〇年〇〇月〇〇日	
		組合員との続柄	妻				
	組合員(適用対象者)の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇〇〇-〇-〇					
	上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。令和〇〇年〇〇月〇〇日						
	共済受付日の月の1日からの交付となります。						
	組合員氏名		共済 太郎				
	連絡先(電話番号)		〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
大阪市職員共済組合理事長 あて							
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							
所属機関の長		所属所(市長部局にあっては総務事務センター)において証明しますので、記入する必要はありません。					
又は所属所長							

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。

