

記入例

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。

日中連絡のつく連絡先
番号を記入

組合員 組合員又は被扶養者で 対象となる者を記入	所属部局（部隊名） 連絡先電話番号	〇〇〇〇〇〇 XXX-XXXX-XXXX (内線 XXXXX)
	組合員等 記号番号	401-XXXXXXX
	氏名	防衛 太郎
	生年月日	〇〇〇〇年〇月〇日
適用対象者	住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇
	氏名	防衛 二郎
	生年月日・性別・続柄	〇〇〇〇年〇月〇日 男・女 続柄 父

上記のとおり申請します。
防衛省共済組合 市ヶ谷センター所属所長 殿

記入不要

申請者

〒123-4567
住所 東京都〇〇区〇〇
氏名 防衛 太郎

センター記入欄	標準報酬月額 (千円)	ア・イ・ウ・エ
	記入不要	
備考		