別紙様式第21号の２の３

（表）

○○共済組合限度額適用認定証

令和　年　月　日交付

組合員	記号		番号	（枝番）
	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月　日
適用対象者	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月　日
	住所			
発効年月日		令和	年	月　日
有効期限		令和	年	月　日
適用区分				
発行機関	所在地			
	組合（保険者） 番号名称及び印			

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。
※　電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

（裏）［略］

別紙様式第21号の２の３

（表）

○○共済組合限度額適用認定証

令和　年　月　日交付

組合員	記号		番号	（枝番）
	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月　日
適用対象者	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月　日
	住所			
発効年月日		令和	年	月　日
有効期限		令和	年	月　日
適用区分				
発行機関	所在地			
	組合（保険者） 番号名称及び印			

（裏）［同上］