別紙様式第21号の３

（表）

○○共済組合限度額適用・標準負担額減額認定証

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・減額対象者	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				
長期入院該当		令和　年　月　日	組合印	
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、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・標準負担額減額認定証の提示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３

（表）

○○共済組合限度額適用・標準負担額減額認定証

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・減額対象者	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				
長期入院該当		令和　年　月　日	組合印	
発行機関	所在地			
	組合（保険者）番号名称及び印			

（裏）［同上］