

Application for Eligibility Certificate of Copayment Cap

限度額適用認定申請書

Membership Card Number 組合員証記号番号		1234567800	
Member 組合員	Name 氏名	広島 太郎	
	Date of Birth 生年月日	平成 2年 4月 17日	
Affiliation 所属課(部)		人事グループ 共済組合担当	
Patient To Be Covered by This System 適用対象者	Name 名前	広島 花子	
	Address 住所	広島県東広島市鏡山1-3-2	
Date of Birth/Relationship to the Member 生年月日及び続柄		平成 2年 12月 17日	Relationship 続柄 妻
Period of Hospitalization 入院期間		令和 元年 10月 3日	年 月 日まで
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 日	日間
	入院をした保険医療機関等	Enter the information of the person who will use the Eligibility Certificate of Copayment Cap Application.	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		日から 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	Leave this block blank	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
国家公務員共済組合法施行令第11条の3の5第1項第1号		該 当・非該当	
国家公務員共済組合法施行令第11条の3の5第1項第2号		該 当・非該当	
<p>I hereby apply as above. 上記のとおり申請します。</p> <p>To the Branch Manager, MEXT Mutual Aid Association, Hiroshima University 文部科学省共済組合広島大学支部長 殿</p> <p>Year Month Day 令和 年 月 日</p> <p>Your hand-written signature</p> <p>Applicant Address 申請者 住所 Name 氏名</p> <p>広島県広島市南区霞1-2-3 広島 太郎</p>			

In the "Apply/Not Apply" field, cross out either one that does not apply to your case.
Note: Use a JIS (Japan Industrial Standard) A4 size sheet.