

## 限度額適用認定申請書

組合員証	記号		決定番号	※ No.		
	番号					
組 合 員	氏名				所属機関名	
	生年月日	昭和 平成	年	月		日
	申請の日の属する月の標準報酬月額					円
適用対象者	氏名				性 別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	組合員との続柄
	療養予定期間		平成	年	月	日
<p>上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>						

- (注) 1 この申請書は、適用対象者1人ごとに提出してください。  
 2 適用対象者が組合員であるときは、「適用対象者」欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載してください。  
 3 ※印欄は、記入しないでください。