

## 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			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	所属機関名
	申請の日の属する月の標準報酬月額			
適用対象者	氏名			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別
	療養予定期間	平成	年 月 日 ~ 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: right;">住所 申請者 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: right;">職名 所属所長 氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>				

- 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。