

## 限度額適用認定申請書(任意継続組合員用)

組合員証	記 号 任		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	組 合 員 と の 続 柄
	療 養 予 定 期 間	平成	年 月 日	～ 平成 年 月 日
送 付 先	1 共済組合に届出している住所への送付を希望 2 下記の住所への送付を希望(入院等の理由で組合員本人の受取が困難な場合) (2を選択した場合は記入してください)			
	〒	都道 府県	市区 町村	(マンション・アパート等)
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。  愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿  平成 年 月 日  <div style="text-align: right;">                     住 所                       申 請 者 氏 名 <span style="float: right;">Ⓜ</span>                       TEL (      )      -                      ※日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。                 </div>				

- 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。
- 4 限度額適用認定証の送付先が申請者住所と異なる場合は、事故防止のため返信用封筒を同封願います。