

限度額適用認定申請書

組合員証	記号	〇〇〇	決定番号※No.		
	番号	〇〇〇			
組合員	氏名	共済太郎		所属機関名	〇〇市
	生年月日	昭和 平成	〇年〇月〇日		
	申請の日の属する月の標準報酬月額				〇〇〇〇〇〇円
適用対象者	氏名	共済花子		性別	女
	生年月日	昭和 平成	〇年〇月〇日	組合員との続柄	母
	療養予定期間	平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日			
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 〇年 〇月 〇日					
住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇					
申請者 氏名 共済太郎 (印)					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
平成 〇年 〇月 〇日					
職名 〇〇市長					
所属所長 氏名 〇〇〇〇 (印)					

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。