

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 | 男・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) | | | | | |

- (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。