

## 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	
	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※				
適用対象者	氏名	共済 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	生年月日	昭和 平成	〇年〇月〇日	組合員との続柄	本人
	療養予定期間	平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日			
送付先	<input checked="" type="radio"/> 1 共済組合に届出している住所への送付を希望 <input type="radio"/> 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 〇年 〇月 〇日  <div style="text-align: right;">                     住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇                       申請者 氏名 共済 太郎 <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>                       TEL ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇                      ※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。