

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				所 属 機 関 名
	生年月日	年	月	日	
	申請の日の属する月の標準報酬月額				
適 用 対 象 者	氏 名				性 別
	生年月日	年	月	日	組合員との続柄
	療養予定期間	年 月 日 ~			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;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申 請 者</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</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;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">所 属 所 長</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</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 紛失等の場合は、「組合員証等再交付申請書」を提出してください。
- 4 適用対象者が70～74歳の場合は、「高齢受給者証」がこの証の代わりとなる場合があります。
- 5 ※印欄は、記入しないでください。