

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	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 〇年 〇月 〇日		組合員との続柄	母
	療養予定期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日			
<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>愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇</p> <p>申請者 氏名 共済太郎 (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>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>職名 〇〇市長</p> <p>所属所長 氏名 〇〇〇〇 (印)</p>					

- この申請書は、適用対象者1人ごとに提出してください。
- 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。
- 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。
- 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。
- ※印欄は、記入しないでください。