

# 限度額適用認定申請書

組 合 員	組合員証 記号番号	111	企業コード ( 3 )	123	所属所名	〇〇市			
	氏 名	共 済 太 郎			性 別	(男) ・ 女			
適用対象者	生年月日	昭和 平成	〇〇年 1 月 2 日		短期標準 報酬月額	340,000 円			
	氏 名	共 済 次 郎			性 別	(男) ・ 女			
	生年月日	昭和 平成	〇〇年 12 月 31 日		続柄	二男	※続柄 コード		
	住 所	〇〇市××1-2-3							
	<p>○有効年月日（限度額適用認定証が必要な期間を記入してください。） 平成 〇〇年 6 月末日まで 有効期間は、発効年月日から最長で1年間となります。</p> <p>○発効年月日の変更 発効年月日は、当共済組合で申請書を受付した月の初日となります。 それ以前を希望する場合に記入してください。 平成 〇〇年 3 月から</p> <p style="color: red;">※この場合は、遡及使用について医療機関の了解を得てから申請してください。</p>								
<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>青森県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 〇〇年 4 月 10 日</p> <p style="text-align: right;">〒 111 - 2222</p> <p style="text-align: right;">住 所 〇〇市××1-2-3</p> <p style="text-align: right;">組 合 員 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 style="text-align: center;">平成 〇〇年 4 月 11 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">所 属 所 長 氏 名 〇 〇 〇 〇 (印)</p>									
※共済組合 使用欄	適用区分				<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em; font-weight: bold;">受付印</span> </div>				
	交付年月日	平成	年	月					日
	発効年月日	平成	年	月					日
	有効期限	平成	年	月					日

(注)1 申請対象者

- ・ 70歳未満の組合員または被扶養者
- ・ 70歳以上の組合員または被扶養者で組合員の標準報酬の月額が28万円以上79万円以下の者

2 ※欄は、記入しないでください。