# 限度額適用認定申請書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 組　合　員 | 組合員証<br>記号番号 | 企業ｺｰﾄﾞ<br>（　　） | 所属所名 | | |
| | 氏　　名 | | 性　　別 | 男　・　女 | |
| | 生年月日 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日 | 短期標準<br>報酬月額 | 円 | |
| 適用対象者 | 氏　　名 | | 性　　別 | 男　・　女 | |
| | 生年月日 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日 | 続柄 | ※続　柄<br>コード | |
| | 住　　所 | | | | |
| | ○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。）<br>平成　　年　　月末日まで<br>有効期間は、発効年月日から最長で１年間となります。 | | | | |
| | ○発効年月日の変更<br>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。<br>それ以前を希望する場合に記入してください。<br>平成　　年　　月から<br>**※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。** | | | | |

上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。

青森県市町村職員共済組合理事長　様

平成　　年　　月　　日

〒　　－

組　合　員　住　所

　　氏　名　　㊞

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成　　年　　月　　日

所属所長　職　名

　　氏　名　　印

| ※共済組合使用欄 | | | |
|---|---|---|---|
| | 適用区分 | | 受付印 |
| | 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。