

限度額適用認定申請書

※決裁	確認	係員

組合員証 記号番号	9 9 9 - 9 9 9 9 9	区分	1. 現職 2. 任継	※ 交付年月日	
所属所	所在地	茨城県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇			
	名称	〇〇市役所			
組合員	氏名	茨城 太郎	申請日の属する月の前月の 短期標準報酬月額	〇〇 等級 〇〇〇, 〇〇〇 円	
	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇月 〇〇日	※共済組合 使用欄	ア・イ・ウ・エ	
適用対象者	氏名	茨城 花子	続柄	妻	
	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇月 〇〇日	性別	男 ・ 女	
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 茨城県〇〇市〇〇 〇〇〇番地			
	療養期間(見込)	平成 〇〇年 〇月 〇日 ~ 平成 〇〇年 〇月 〇〇日			
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。					
茨城県市町村職員共済組合理事長 様					
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
申請者 (組合員)			住所	茨城県〇〇市〇〇 〇〇〇番地	
			氏名	茨城 太郎 (茨城印)	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
所属所長			職名	〇〇市長	
			氏名	〇〇 〇〇 (印)	

- この申請は、適用対象者ごとに行う必要があります。
- 療養期間(見込)欄については、始期・終期ともにわかる範囲で記入してください。
- 交通事故など第三者加害行為による療養の場合は申請できません。
- 原則として医療福祉(マル福)制度に該当する方は、申請不要です。(妊産婦マル福を除く。)
* 県外、市外で受診等の際マル福証を使用できない場合は申請が必要となります。
- 高齢受給者証を交付されている方は、申請不要です。
- 申請月より前への遡及はできませんので、余裕をもって申請してください。
- ※欄については、記入しないでください。

受付印

