

限度額適用認定申請書

組合員証	記号	9098	組合員	フリガナ	キョウサイ タロウ	生年月日	
	番号	90999		氏名	共済 太郎	昭和 平成	60年4月1日
個人番号※						※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。	
所属機関	名称	〇〇町役場	資格取得年月日		標準報酬月額		
	所在地	〇〇町〇〇123-1	昭和 平成	24年4月1日	13 等級	280,000 円	
適用対象者	フリガナ	キョウサイ ハナコ	性別	組合員との続柄	住所		
	氏名	共済 花子	男・ 女	配偶者	〒862-0911		
	生年月日	昭和62年7月1日生			熊本市東区健軍1-5-3		
	個人番号※					※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。	
申請期間 (注1)			令和〇〇年4月から 令和〇〇年10月まで				
希望送付先等 (該当番号に○印)	受取方法等		摘要				
	1 所属所共済組合担当課へ郵送		※ 勤務先での受け取り				
	2 組合員の自宅へ郵送		※ 自宅での受け取り				
	3 組合員の指定先へ郵送		※ 下欄に記入してください。(入院先医療機関での受け取り等。)				
4 共済組合事務局での受取り (組合員・組合員以外)		※ ご本人確認書類(注2)の提示が必要です。 ※ 組合員以外の代理受取の場合、下欄に記入してください。					
組合員の指定先 又は 代理受取者	(送付先) 又は (代理受取者住所)			受取者氏名			
	〒862-0911 TEL 096(365)1900 熊本市東区健軍1-5-3			(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子			
上記のとおり申請します。 熊本市町村職員共済組合理事長 様 令和〇〇年〇〇月〇〇日 印 申請者住所 (組合員) 氏名							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。(注3) 年 月 日 職名 所属所長 氏名							

(注1) 申請期間は、最長1年を超えない年月を記入してください。
(※原則、発効年月日は月の初日(1日)で、有効期限は月の末日になります。)
また、適用区分の変更等が見込まれる場合、当該認定証の有効期限を申請期間の前に設定することがありますので、あらかじめご了承ください。)

(注2) 運転免許証、健康保険証、その他本人確認ができるものです。確認できない場合は、お引渡しできません。

(注3) 任意継続組合員の場合、所属所長の証明は必要ありません。

共済組合使用欄 (これより以下には記入しないでください。)

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 所得区分				
摘要				

