

限度額適用認定申請書

- ・ 認定を受けることができるのは、**70歳未満**の組合員と被扶養者です。
- ・ 太枠内に記入押印のうえ、所属所長の証明を受けて申請してください。
- ・ 送付先欄の記入がない場合は、共済組合担当課へ送付します。
- ・ ※印の欄は、記入しないでください。

組 合 員	氏名		組合員証記号番号 又は個人番号		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	所属機関名	
	資格取得年月日	昭和 平成	年 月 日	標準報酬月額 円	※ 区 分
対 象 者	氏名		※認定年月日	昭和 平成	年 月 日
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	組合員との続柄 ※コード ()	性別
療養予定期間	平成	年 月 日	～	医療機関名	
送付先	<input type="checkbox"/> 下記の組合員住所 <input type="checkbox"/> 共済組合担当課 <input type="checkbox"/> その他 ()				
上記のとおり、限度額適用認定証の交付を申請します。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 (住所) 組 合 員 (氏名) (印) (電話) () -					
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 (職名) 所属所長 (氏名) (印)					

(2017.1 改訂)

〔共済組合使用欄〕

交付年月日			
発効年月日	平成	年 月 日	
有効期限	平成	年 月 日	
局長	課長	係長	係

※所得区分	標準報酬月額
ア	83万円以上
イ	53万円～79万円
ウ	28万円～50万円
エ	26万円以下
オ	市町村民税非課税者 (別途確認書類が必要)