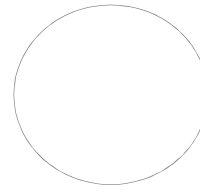
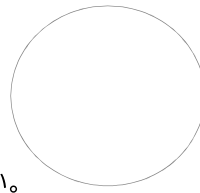


限度額適用認定申請書

所属所受付印

共済組合受付印



- ・太枠内に記入のうえ、共済組合担当課へ提出してください。
- ・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。
- ・該当する口にはレ印を記入してください。また、※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 (個人番号)				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	所属機関名			
	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	標準報酬月額	万円	※ 区 分	
対 象 者	氏名				※認定年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	組合員との続柄 ※コード ()	性別		
療養予定期間	令和	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()								
上記のとおり申請します。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 電話 () -									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名									

(2022.1 改訂)

〔共済組合使用欄〕

交付年月日	令和	年	月	日
発効年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
局長	課長	課長補佐	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)