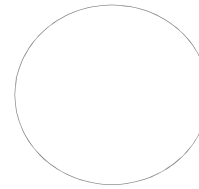
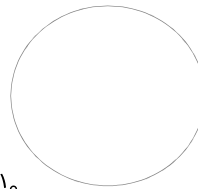


限度額適用認定申請書

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	共済太郎	組合員証 記号番号 (個人番号)	000 - 123456			
	生年月日	昭和 平成 ▲▲年 〇〇月 ▼▼日	所属機関名	〇〇市			
	資格取得日	昭和 平成 令和 ▲▲年 〇〇月 ▼▼日	標準報酬月額	〇〇万円	※区分		
対 象 者	氏名	共済太郎	※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 〇〇月 ▼▼日	組合員との続柄	本人	性別	男	
			※コード ()				
療養予定期間	令和 ▲▲年 〇〇月 ▼▼日 ~	医療機関名	〇〇病院				
送付先	<input checked="" 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日				住所 〇〇市〇〇町〇〇 1-1-1			
				組合員 氏名 共済太郎			
				電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

この欄は所属所担当課で記入します

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)