

	課長	主幹・副主幹	主任
決裁 同			

## 市町村職員共済組合限度額適用認定申請書

組合員証記号番号	-		組合員	氏名		
				生年月日	昭・平・令	年 月 日
適用対象者	氏名				性別	男・女
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	組合員との続柄		
組合員（適用対象者）の住所						
療養期間		令和 年 月から				
<p>上記のとおり市町村職員共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p>神奈川県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>組合員氏名</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>職名</p> <p>所属所長</p> <p>氏名</p>						

組合員証の記号・番号および組合員の氏名・生年月日を記入してください。

診療を受ける人の氏名・生年月日を記入し、男女どちらかに○を付け、続柄を記入してください。

診療を受ける人が住んでいる住所を記入してください。

療養期間を記入してください。（原則として申請日の属する月）

申請年月日と組合員の氏名を記入してください。

申請内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）職名・氏名を記入してください。

※限度額適用認定証は交付日の属する月の初日から発行し、有効期限は最長1年です。

月を遡っての発行はできませんので、ご了承ください。