

## 限度額適用認定申請書

組合員証記号番号				入院(予定)年月日	平成 年 月 日
組合員	氏名			所属機関	名称
	生年月日	年 月 日			所在地
	申請日の属する月の標準報酬の月額				円
適用対象者	住所				
	氏名	男・女			
	生年月日 及び続柄	年 月 日	続柄		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">愛知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">印</span></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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">職名</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">印</span></p>					