

限度額適用認定申請書

組合員証記号番号	〇〇〇-〇〇〇	入院(予定)年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
組合員	氏名	共済 太郎	所属機関	名称	〇〇市役所
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	所在地	〇〇市〇〇町〇〇	
	申請日の属する月の標準報酬の月額		〇〇〇, 〇〇〇 円		
適用対象者	住所	〇〇市〇〇町〇〇			
	氏名	共済 花子	男・女		
	生年月日 及び続柄	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 続柄 妻			
上記のとおり申請します。 愛知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 申請者 住所 〇〇市〇〇町〇〇 氏名 共済 太郎					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇					