

# 市町村職員共済組合限度額適用認定申請書

組合員証のコピーを必ず添付してください。  
(適用対象者分)

組合員証記号番号		○○-○○○				
組 合 員	氏 名	共 済 太 郎		所 属 機 関	名 称	○○市
	生年月日	年 月 日		所 在 地	○○○○○	
認 定 対 象 者	氏 名	共 済 華 子		組 合 員 と の 続 柄	配 偶 者	
	生年月日	平成1 年 1 月 1 日		性 別	男 ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>	
認定対象者の住所		〒○○○-○○○ ○○○○○○○○○○○○○○				
入院等の開始日		平成 ○年 ○月 ○日 から開始予定				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">宮崎縣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;">申請者 住所 ○○○○○○○○</p> <p style="text-align: center;">(組合員) 氏名 共済 太郎 <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">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 職名 ○○市長</p> <p style="text-align: center;">氏名 ○○○○○○ <span style="float: right; border: 1px dashed black; padding: 2px;">印</span></p>						

- ※ この申請書を提出の際は、認定対象者の組合員証又は被扶養者証の写しが必要となります。
- ※ 任意継続組合員の場合、所属所長の証明は不要です。
- ※ 認定証の有効期限は1年を超えない期間で交付します。(組合員証等に有効期限が設定されている場合は組合員証の有効期限が上限) なお、有効期限が過ぎた場合は再度申請が必要です。

〈送付希望先〉

※組合員ご自宅宛て送付希望の場合はご記入ください。  
記載がない場合は所属所宛て送付します。

住所 〒

宛名