

限度額適用認定申請書

※ 適用区分

組合員証記号番号 又は個人番号(マイナンバー)	北都市 第 号	所属機 関名称				
組 合 員	氏 名					
	生年月日				昭・平	年 月 日
	標準報酬月額		円			
適用対象者	氏 名			性 別	男 ・ 女	
	生年月日	昭・平	年 月 日	組合員との続柄		
	住 所					
限度額証が必要な期間	平成 年 月末まで(有効期間は発効年月日から最長1年間)					
発効年月日は申請受付月の初日となります。それ以外の発効年月日を希望する場合は 次に記入して下さい。 発効年月日 平成 年 月 日						
上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。 北海道都市職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">住 所 申 請 者 氏 名</div> <div style="text-align: right;">印</div>						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">職 名 所属所長 氏 名</div> <div style="text-align: right;">印</div>						

- (注) 1 この申請書は、適用対象者1人ごとに1枚提出して下さい。
- 2 適用対象者が組合員であるときは、「適用対象者」の欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載して下さい。
- 3 限度額証が必要な期間欄に記入のない場合、申請受付月の初日から1年間有効となります。(1年以内に退職予定の方は退職予定年月を記入して下さい。)
- 4 申請受付月以外の発効年月日での交付を希望する場合は、認定証の遡及使用について医療機関の了解を得てから申請して下さい。
- 5 認定証は所属所へ送付しますが、止むを得ない事情により他の送付先を希望する場合は下記に記入して下さい。

送付先	
-----	--