

限度額適用認定申請書

※ 適用区分

組合員証記号番号	北都市 ○ 第 ×××× 号		所属機関 名称	〇〇市
組合員	氏名			
	生年月日	昭・平 令 ×× 年 × 月 × 日		
	標準報酬月額	〇〇〇,〇〇〇 円		
適用対象者	氏名	〇 〇 〇 〇		
	生年月日	昭・平 令 ×× 年 × 月 × 日	組合員との続柄	〇〇
	住所	〇〇市〇〇町×丁目×-×		
限度額証が必要な期間	令和××年××月から 令和××年××月末まで ※発効年月日は申請受付月の初日となります。			
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	申請者が署名してください。	
令和××年××月××日				
申請者		住所	〇〇市〇〇町×丁目×-×	
		氏名	〇 〇 〇 〇	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				
令和××年××月××日		職名	〇 〇 市 長	
所属所長		氏名	〇 〇 〇 〇	

- (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は、申請受付月の初日から8月末または3月末のうちの直近の日までとなります。
- 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。
- ※ 病院等自宅以外への送付を希望する場合は、必ずあて名、気付等を記載してください。

送付先	〒
-----	---