

限度額適用認定申請書

組 合 員 証	記 号	番 号	所 属 機 関 名 (市・町・村・一部事務組合等)		
			名 称		
組 合 員 氏 名			所 在 地		
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日			
標準報酬の月額			円	※ 適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
				有効期限	平成 年 月 日
適 用 対 象 者 (本人・被扶養者)			男 女	住 所	
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	組 合 員 と の 続 柄		※
入院	入院期間	平成 年 月 日	から	平成 年 月 日	まで
外来	適用月 (診療月)	平成 年 月	から	平成 年 月	まで
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申 請 者 住 所 (組 合 員) 氏 名 印</p>					
所属所受付印	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				
	職名 所属機関の長				氏名 印

※印欄は記入不要です。

「入院期間」については、確認できる範囲でご記入ください。

外来診療等の場合、医療機関等へ「限度額適用認定証」を提示した月からの適用となりますので「適用月(診療月)」には、提示予定の月を記入してください。

決	課	課	係	係	担	起	案
裁	長	長	長	長	当	日	日
欄	長	補			者	決	裁
		佐				・	デ
						ー	ー
						タ	タ
						確	定
						日	
						証	交
						付	日