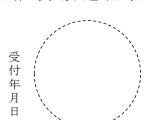
## 保険限度額適用認定申請書





		組合員証記号番号 又 は 個 人 番 号		組合員氏名				生 年 月 日					
		12-3456		共済 太郎				昭 · 平	0	年 (	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	0	日
認定対象者氏			#	洛 花子		認定対象者 の生年月日 中成 令和		〇年〇		月〇	п —	·員との続 2 偶 者	
		認定対象者の 住 所	0 0	0 0 0	0 0 -	部	尼定対象	き者と	組合員	が別居の	場合、ご	'記入下	さい。
	組合員	入院期間	令和 ○ : <b>1</b>	年 〇 月	〇 目 <sup>′</sup>	~ 令和	○年	〇月	〇 目	(通)	完)(	調剤	D
予定日又	が <b>くは</b> る欄	見込みの日本		を額適用認 共済組合理		交付を申 殿				は必要あり			<b>\</b> _o
		令和 〇	年 〇 月	○日 組 合	員	住所氏名		〇 春 <b>括</b>		) (	)		
	組合員が市町村民税非課税者である場合、〇印を付けてください。 ※非課税者の場合は、別のお手続きが必要になる場合があります。												
		上記の記載事	事項は、事	写実と相違	ないも	のと認め	ます。		限度額	が非課税 適用・標 請書(P3	<b>準負担額</b>	[減額	
		令和 〇	年 🔾 月	〇日				L					_

- ※入院期間が未定の場合は、予定をご記入ください。
  - 入院せず通院外来や調剤で申請する場合は、通院又は調剤へ○印を付けてください。
- ※発行年月日は、申請した月の初日(1日)です。
- ※任意継続組合員の場合、所属所長の証明欄の記入は必要ありません。

所属所長

職名 〇〇〇〇〇

氏名 〇〇 〇〇