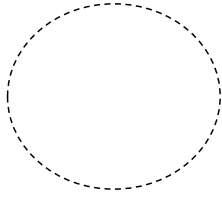


保険限度額適用認定申請書

決定 伺	課長	係長	係

受付年月日



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	年 月 日
認定対象者の 氏名	共済花子	認定対象者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
認定対象者の 住所	〇 〇 〇 〇 〇 〇			組合員との続柄 配偶者
入院期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日		通院	調剤
<p>組合員が る欄</p> <p>申付年月日又は見込みの日可。 限度額適用認定証の交付を申請する欄</p> <p>神奈川県横浜市職員共済組合理事長 殿</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>住所 〇 〇 〇 〇 〇 〇</p> <p>組合員氏名 共済太郎</p> <p>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。</p> <p>非課税者である</p>				

申付年月日又は見込みの日可。

認定対象者と組合員が別居の場合、ご記入下さい。

通院又は調剤の場合、入院期間の記入は必要ありません。どちらかに〇印を付けてください。

非課税世帯で2日以上入院の場合など、別途お手続きで自己負担金を減額できる場合があります。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

所属所長 職名 〇 〇 〇 〇 〇 〇

氏名 〇〇 〇〇

- ※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、通院又は調剤へ〇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。