

# 限度額適用認定証交付申請書

決 裁	課 長	係 長	主 任			※発効年月日	令和 年 月 日
						※有効期限	令和 年 月 日
						※交付年月日	令和 年 月 日
組  合  員	記号			番号			所属所名
	氏 名						
	生年月日	昭和 平成		年	月	日	
	※標準 報酬月額	等級 円					
適 用 対 象 者	氏 名						
	生年月日	昭和 平成 令和		年	月	日	続柄
	住 所						
	療養予定 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
<p>上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p>京都府市町村職員共済組合理事長様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 組合員 氏名</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>							

※欄は記入しないで下さい。