

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 年 月 日 平成				
	※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 性別
	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;">組 合 員 住 所 氏 名 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;">所 属 所 長 職 名 氏 名 氏 名 ㊟</p>						

※欄は記入しないで下さい。