



決 裁	課 長	合 議	担 当

限度額適用認定申請書

組 合 員 (申 請 者)	組合員証記号 及び番号 又は個人番号	—	※	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	氏 名			
	住 所	〒		
所 属 機 関	名 称			
	所 在 地			
認 定 対 象 者	氏 名			
	生 年 月 日 (性 別)	昭和 平成	年	月 日 (男 ・ 女)
	入 院 期 間 (注)	平成	年	月 日 ~ 平成 年 月 日
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>石川県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申 請 者 氏 名 印</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>職 名 所属 所 長 氏 名 印</p>				

(注)入院期間の終了日が未定の場合は空白で結構です。また、外来で適用を受ける場合、期間の記入は必要ありません。
 限度額適用認定証の発効年月日は共済組合が申請書を受付けた日の属する月の初日となります。月を遡っての交付は原則できません。

※欄は記入しないでください。