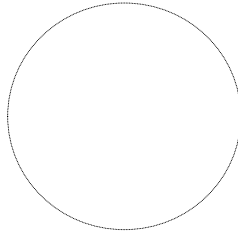
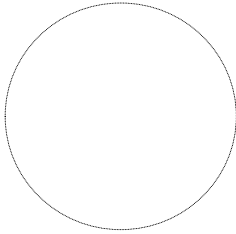


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

### 限度額適用認定申請書

組 合 員 (申 請 者)	組合員等記号 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			<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ	
	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)	令和	年	月	日 ~ 令和 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>令和 年 月 日</p> <p>申 請 者 氏 名</p>					
<p>上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職 名</p> <p>所 属 所 長</p> <p>氏 名</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。