

限度額適用認定申請書

組合員 記号番号		地・長崎								
組合員	氏 名								所属所名	
	生年月日		昭・平 年 月 日						所在地	
	申請の日の属する月の標準報酬の月額						第 級 円			
適用者	氏名							性別	男・女	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日						続柄		
	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで								
上記のとおり申請します。 地方職員共済組合長崎県支部長 様 令和 年 月 日 住所 組 合 員 氏名										
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長										

◎本庁所属所は、総務事務センター経由

令和 年 月 日

総務事務センター受理年月日	共済組合受理年月日

伺	課長	係長	課員	取扱者

記入しないでください

低所得者（非課税者等）の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を交付しますので、限度額適用認定申請書に併せて、当該年度（療養を受ける月が4月から7月の場合には前年度）の非課税証明書（組合員分）を提出してください。

限度額適用認定申請書

組合員 記号番号		地・長崎		○	○	○	○	○	○
組合員	氏 名	共 済 花 子			所属所名	職員厚生課			
	生年月日	昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日			所在地	長崎市○○町○番○号			
	申請の日の属する月の標準報酬の月額				第 ○○ 級	○○○,○○○ 円			
適用者	氏名	共 済 太 郎			性別	男・女			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			続柄	長男			
	入院期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から			令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで				
上記のとおり申請します。 地方職員共済組合長崎県支部長 様 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 住所 ○○市○○町○番○号 組 合 員 氏名 ○○ ○○									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 所属所長 職員厚生課長 ○○ ○○									

◎本庁所属所は、総務事務センター経由

令和 年 月 日

総務事務センター受理年月日	共済組合受理年月日

伺	課長	係長	課員	取扱者

記入しないでください

低所得者（非課税者等）の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を交付しますので、限度額適用認定申請書に併せて、当該年度（療養を受ける月が4月から7月の場合には前年度）の非課税証明書（組合員分）を提出してください。